AÑO X ✣ ENERO - MARZO - 1952 ✣ Nº 13

MEDICINA SOCIAL

Aparece cada 3 meses DIRECTOR: G. DELGADO BEDOYA Redactores: Luis A. Ugarte — Manuel Núñez Butrón
Carlos Benites B. — Víctor Morales D.

DELINCUENCIA INFANTIL

PALABRAS AUTORIZADAS

.....Entre nosotros la mayor atención oficial se ha concretado al niño lactante, empieza a interesar el pre escolar, pero el niño en su etapa de escolaridad no ha sido enfocado integralmente.

La adolescencia demanda muy particular atención porque es también, edad peligrosa para el niño.

Nada, que sepamos se hace, con criterio integral, en beneficio de este. Su abandono está creando un grave problema nacional que hace urgente la atención pública, para evitar su incremento.

No hace falta que reseñemos todos los ensayos, que, en la vía pública, hace el niño, de frágil moral, para lograr sus deseos que no encuentra en su hogar.

La limitación del alumnado que por razones pedagógicas se vá imponiendo en las escuelas oficiales y la falta de centros de enseñanza en proporción a la demanda estudiantil, está dando lugar a que gran número de adolescentes queden sin matrícula, con el consiguiente peligro para su buena educación.

Vamos a copiar algunas palabras, muy autorizadas, que han sido publicadas; las mismas que consideramos conveniente darle mayor difusión para que se incorporen en la conciencia pública, porque asi lograremos salvar al germen de la nacionalidad: el Niño.

El Presidente de la Corte Suprema, doctor Raúl Noriega, en la Memoria de 1952, dice:

Cada día es más alarmante el número de niños y adolescentes que viven en completo abandono de sus padres o parientes y por lo tanto en constante peligro moral. Así se explica el aumento cada vez mayor de delitos, especialmente contra el patrimonio perpetrados por menores que apenas entran en la adolescencia.

El doctor Hermilio Valdizán, de venerada memoria, en "Hogar y Fragilidad mental", artículo publicado en "Mercurio Peruano" en 1928 y reproducido en "Medicina Social" en octubre de 1951, dice:

"Necesitamos que padres y madres sepan desde el momento en que van a formar el nuevo hogar todos los peligros que derivan de esta atención insuficiente. Los hogares insuficientes, desde este punto de vista —desgraciadamente tan numerosos— son responsables de la locura y de la delincuencia de aquellos hijos cuya fragilidad espiritual no observaron oportunamente".

El Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría, doctor Carlos Bazán, nos declara:

"Pero hay algo más; un fuerte porcentaje de nuestra población indígena es analfabeta y en esta población la puericultura es inconcebible, y en lo que se refiere a las clases sociales de nivel medio, a la falta de cultura hay que agregar el abandono paternal, que por desgracia se vá haciendo más frecuente en nuestro medio y es uno de los factores que más agrava el problema social del niño".

PERSONALIDAD MEDICA

Dr. DAVID MATTO

Este distinguido médico cusqueño que tuvo muy destacada actuación profesional y política merece una detenida semblanza.

La estrechez del espacio no nos permite presentarla a nuestros lectores, en este número, por lo que la diferimos hasta el próximo en el que le rendiremos nuestro homenaje.

El doctor Luis A. Guerra, en "Observaciones acerca de la delincuencia de menores en Lima, inserto en "Servicio Social" Nº 8. Dic. 1950, dice:

"Pero hay casos en que los guardadores del niño son personas vencidas en la lucha por la vida; son personal que a su vez necesitan protección de la sociedad. Si la sociedad no los ampara, es hasta cierto punto coopartícipe de las consecuencias. Entre estas, una dolorosa consecuencia es la delincuencia de menores, de cuyo incremento o decremento, puede ser responsable la sociedad".

"SALVEMOS A LOS NIÑOS"

ELVIRA GARCIA Y GARCIA

La Asociación Médica Peruana, Daniel A. Carrión, su origen y trascendencia

Las promociones médicas q' iniciaron sus estudios con el movimiento reformista de 1919, al final de estos. fueron observando la vida gremial de las instituciones tales como el Circulo Médico Peruano, que cumplió muy plausible labor para ser transformado en el Sindicato Médico, organismo muy avanzado, aun en nuestra época, para poder cumplir su trascendente función.

Egresados de San Fernando, después de haber soportado heroicamente la hostilidad del régimen imperante a los claustros universitarios, se sentía, intenso deseo de conformar un organismo gremial capaz de mantenerse alejado de la influencia oficial que cumpliera en defender los vivos anhelos de los médicos, que colocan sus ideales propios por encima de cualquier otro interés político partidarista.

En este estado de ánimo, ocurre la caída del régimen que presidía el señor Augusto B. Leguía, produciéndose la crisis política consiguiente.

Los médicos, no podían permanecer indiferentes, había, entonces, más sentido gremial y decoro profesional.

Fueron los de las últimas promociones los más entusiastas, no faltando, muy ilustres maestros, los que acometieron la empresa de concretar esas inquietudes de superación y consolidación médicas.

La primera idea fué formular un Memorial que sería presentado a la Junta de Gobierno que presidiera el Comandante Luis M. Sánchez Cerro, que fué firmado por 52 médicos. En el recorrido que se hizo a los diversos hospitales se comprobó la favorable acogida a la empresa iniciada.

Este ambiente tan favorable estaba indicando el fuerte anhelo médico de lograr sus reivindicaciones, tanto tiempo esperadas. En vista de lo que se acordó no, ya, presentar el Memorial que sería una actitud transitoria que nos dejaría sin un organismo que representara al gremio médico resolviéndose, entonces, consultar a los firmantes si aceptaban crear la institución que se encargaría de llevar a cabo lo demandado en el Memorial y todo lo que los médicos anhelaban en beneficio profesional y social.

De este modo el 5 de octubre de 1930, en la histórica sala de la "Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina", que ha desaparecido ante la censurable indiferencia de los estudiantes de medicina encargados de su custodia— a las 11 a.m., en presencia de los médicos que van a continuación quedó fundada la Asociación Médica Peruana, colocada bajo la égida de Daniel A. Carrión.

Médicos que asistieron a la primera reunión:

Gabriel Delgado Bedoya
Juan a Werner
Daniel Fataccioli
Pedro Baldeón
José Arias Schereiber
César Gordillo Zuleta
Héctor Villagarcía
Emilio Benzeville
Max Espinoza Galarza
Jorge Cáceres
Miguel A. Delgado
Luis Cademartori
Humberto Bravo Otayza
Eduardo Loli
Ov. García Rosell
Eologia Colichón
Julio B. Castilla
Humberto Cánepa
Alex. Higginson
Rogelio Llanos
Víctor Reyes Suárez
Rodolfo Beltrán
Fernando Gambirazzio
Enrique Navarrete
Ricardo Angulo

De esta relación, tenemos que lamentar la pérdida de dos apreciados colegas, *Miguel Angel Delgado y Víctor Reyes Suárez* a *quienes les rendimos el homenaje que merecen* de todos los médicos por su contribución, tan valiosa, en la época de formación de la entidad médica que nos ocupa.

Esta es la institución médica cuyo 21 aniversario celebramos con júbilo espiritual todos los médicos que seguimos anhelando la unidad y dignificación gremial.

Mientras hubo pureza en el ideal, la Asociación Médica Peruana, surgió victoriosa y fué venciendo los obstáculos que se le oponían para destruirla. Se prestigio prontamente en el país, en seguida en el extranjero.

La obra realizada en su primera etapa, ha sido tan efectiva que la defiende de las pretenciones de los médicos que han surgido para reunir las llamadas "Convenciones" que en Arequipa sufrió el mayor descrédito.

SUMARIO No. 13

Portada. Dr. David Matto.
Editorial. La tragedia del Niño.

ANTENA MEDICA. Delincuencia infantil.
La Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión".
Actitud Censurable.
Significativo homenaje al Profesor Sergio Bernales.
La Editorial "San Marcos".
Congreso de Bibliotecas en Londres.

ARTICULOS ORIGINALES.
Los Problemas Médicos del Matrimonio, Dr. Hermilio Valdizán.
La Medicina Preventiva y el Lactante, Dr. Víctor Morales D.

Entrevista al Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría, Dr. Carlos Bazán.

Trascripciones. Prevención de la tuberculosis sin usar la BCG. J.A. Myers.
Literatura Médica.
Informe de la Comisión de las NU. sobre el uso de la coca. Clodoaldo Espinosa Bravo.

CASILLA
CORREO 2131
LIMA - PERU

Precio: S/. 3.00

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MEDICINA SOCIAL

Año X || Lima, Perú Enero Marzo, 1952 Nº 13

EDITORIAL

LA TRAGEDIA DEL NIÑO

A nadie, que se interese por la vida y progreso de su país, puede pasar desapercibido el grado a que ha llegado la agresión al niño.

Este débil ser, simiente de la nacionalidad, que es, podemos decir, venerado en los países de alta cultura mereciendo puesto privilegiado y recibiendo el homenaje de todos, entre nosotros está recibiendo los mayores ataques.

Faltaríamos a nuestro deber de médicos y de peruanos si siguiéramos silenciando la lastimosa situación de nuestro niño.

Ha llegado hasta el increíble caso de ser puesto en venta, en innobles condiciones, en un mercado, por su propio padre. No es excusa el estado de ebriedad de este. Es, justamente la liberación de la clase de sentimientos de aquel padre, que debemos considerar para apreciar el relajamiento que sufren los sentimientos básicos de un hombre.

Nos hemos informado bien de la orfandad del niño peruano. Ni siquiera los seres responsables de su vida lo amparan. Son ellos los que mayormente lo escarnecen. *¿Qué crisis está degradando los sentimientos humanos? ¿Adónde iremos?.*

El que mata al niño, mata al hombre, y con él sucumbe la nacionalidad.

Es tan grave este proceso, que empezamos a escuchar voces de juristas, médicos y maestros, dando la alerta para despertar a los hombres y funcionarios responsables, aun más, a la sociedad.

MEDICINA SOCIAL, que por su orientación está capacitada para captar los fenómenos sociales de nuestro pueblo, ha ido acumulando experiencias y documentándose, cada vez más, para sobre una sólida base reclamar, de todos, la obligación que tienen de defender al niño.

Eva Perón sienta como lema de una gran Jornada esta frase: "Los pueblos que olvidan a sus niños renuncian a su porvenir".

Entre nosotros, una gran maestra y culta educadora, Elvira García y García, que amó al niño, también, sintió la necesidad de ampararlo y bajo el noble lema: "Salvemos a los niños" agrupó a un pequeño, pero selecto, núcleo de personas para hacer una obra para el porvenir. Pero, son apenas, granos de arena que no alcanzan a mover la piedra fría de la indiferencia.

Necesitamos muchas almas generosas para la gran cruzada redentora de nuestro niño. No es suficiente el dinero, más bien es peligroso cuando falta el corazón; entonces el niño sirve para que a su sombra vivan satisfactoriamente sus falsos benefactores.

Hay que seleccionar a los hombres y reeducar a los padres, predicándoles el sagrado culto al Niño.

Insertamos en otro lugar, las palabras, muy elocuentes, sobre la tragedia del niño peruano y el llamado que hacen sus autores para que haya mas sensibilidad y comprensión. Esperamos que sigan, los hombres responsables abriendo brecha para alcanzar la ruta que el porvenir de la patria obliga en favor del niño.

ANTENA MEDICA

ACTITUD CENSURABLE

Siempre hemos levantado nuestra voz protestando por los asaltos que se cometen cuando se produce alguna vacante en los servicios hospitalarios y otros.

La historia se repite pero en esta vez es más condenable, porque los propiciadores son el ex-presidente de la Federación Médica Peruana y el ex-presidente de la Sociedad Peruana de Tisiología.

He aquí el oficio que hemoss recibido:

Lima, 25 de abril de 1952

Señor Presidente de la Asociación de Médicos del Hospital "Dos de Mayo".

Presente.

S. P.

Los suscritos, Román del Castillo Ruíz, Mario Pastor B. y Manuel Agurto C., médicos asistentes del Pab. 3 del Servicio de Santa Rosa de este hospital y los doctores Aurelio Sousa Iglesias, Jefe del Laboratorio del Servicio de Santa Rosa y el Dr. Eulogio Colichón Ramírez, Cirujano del Servicio, a Ud. respetuosamente exponemos:

1) Que en la mañaan de hoy 25 de abril de 1952 se presentaron al Pab. 3. de Santa Rosa los Drs. Luis Cano Gironda y Juan Escudero Villar, para poner en conocimiento del personal auxiliar del servicio que el Dr. Cano Miranda había sido designado Jefe Interino del Pabellón en referencia para ocupar la vacante producida por el sensible fallecimiento de nuestro Jefe Profesor Juan A. Werner.

2) Que uno de nosotros, el Dr. Román del Castillo, se constituyó, donde la Madre Superiora a fin de precisar esta situación, pues no teníamos conocimiento de esta designación ni los Drs. Cano y Escudero Villar nos la habían comunicado. En efecto la Madre Superiora manifestó que en la fecha se había recibido una comunicación de la Gerencia de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en la que se expresaba "que el Comité de Asistencia Hospitalaria, a solicitud del Dr. Ovidio García Rosella había nombrado Jefe Interino al Dr. Luis Cano Gironda hasta que se promoviera el consurso para llenar la vacante que se había producido.

(Pasa a la Pág. 8)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los problemas médicos del matrimonio

Por el Prof. HERMILIO VALDIZAN

Quizá serían problemas sencillos y fáciles de resolver estos problemas médicos del matrimonio si ellos fueran planteados después de haber sido resuelto racionalmente ese otro gran problema: el problema moral.

Si rodeamos al matrimonio de todos los encantos y de toda la poesía de que podamos rodearlos, si ponemos en él toda la ilusión que pudimos ponerle a los 18 años, nuestro generoso empeño de poetizar la boda no podrá jamás robarle sus prosáicos caracteres de ceremonia de celebración de un contrato. Contrato religioso o contrato civil, la diferencia es solo de autoridades.

Admitido como contrato, veamos en que condiciones se verifica y si las "partes contratantes" como las llamaría un abogado, se dan cuenta cabal del contingente que cada uno de ellos aporta.

Pero antes tomemos como término de comparación un contrato vulgarísimo; un contrato de locación, Yo, pongamos por caso, pretendo tomar en arrendamiento la casa de propiedad del Sr. X. El Sr. X en uso de un derecho que nadie podrá discutirlo, se informa acerca de mis condiciones económicas y cuando se ha convencido que ellas; harto modestas, por desgracia me permiten pagar el valor del alquiler, me hace firmar un contrato en el cual toma todas las seguridades que concede la Ley y Uds. saben mejor que yo, que esas seguridades no son pocas Esto es tratándose de un bien material, de un bien modesto, de un bien que es de adquisición posible.

Veamos ahora un contrato de matrimonio. **Dos** que se aman perdidamente. Durante el noviazgo, preliminar más o menos breve del contrato, deslizado en su mayor parte bajo la mirada tutelar de la mamá o de alguna tía o de alguna hermana solterona, aprenden poquísimo en el estudio mútuo que deberían hacer. Llegan al "gran día" sabiendo **él** que ella tiene los ojos negros y las manos pequeñas, que le gustan los bombones de almendra y que delira por los claveles; sabiendo **ella** que **él** tiene una nariz romana y unas orejas muy grandes; que le gusta el tabaco y detesta los animales domésticos. Es en estas condiciones que el sacerdote o el alcalde, en nombre de la Ley de Dios o de una Ley del Congreso, une a los novios, invitándolos a ser felices.

¿Qué garantías tiene él? ¿Qué garantías ella? Uno y otro solo tienen una: el azar. Uno y otra juegan una tremenda lotería, la lotería de la vida cuando pronuncian el **sí** de aprobación al contrato ante el sacerdote o ante el Alcalde.

Muchas de ustedes, con gesto triunfal y palabra de desafío, me objetarán que es más fácil determinar el color de los ojos y las dimensiones de la nariz que las cualidades psíquicas, que las cualidades morales. Verdad, mucha, verdad. Es una determinación difícil para personas especialmente preparadas para hacerla; es imposible para quienes carecen de esa preparación y careciendo de ella se se hallan bajo el influjo de una sugestión más o menos intensa, como es el caso de los novios.

Tal vez si venciendo las exigencias, en ocasiones inmoderadas, de la vida social contemporánea y volviendo un tanto hacia la sencillez de costumbres de viejas edades, hariamos algo en favor de la solución tranquila del problema moral, a cuya solución no es absolutamente ajeno el problema médico.

LA HERENCIA

Esposo y esposa aportan al matrimonio un capital. La suma de estos capitales será el capital de los hijos. Pongamos el caso de dos novios pobres, ellos legarán una pobreza, por regla general. Pongamos ahora el caso de uno de los novios poseedor de un capital en tanto que el otro es un amigo del derroche, el resultado será idéntico que para la pareja pobre.

He puesto estos ejempols para que podamos hablar, comprendiéndonos más facilmente, de ese otro capital, más importante, más difícil de adquirir, del capital **salud.** También caben las mismas asociaciones y con análogos resultados. Padres sanos engendrarán hijos sanos, padres enfermos engendrarán hijos enfermos. Es esta herencia la que los médicos llaman con justicia herencia **convergente.**

Pero cabe la asociación del esposo sano y la esposa enferma o al contrario y en este caso el cónyuge sano es tan sano como es enfermo el otro puede neutralizar la acción dañina sobre la descendencia. Hemos dicho puede y queremos que no se tome esta eventualidad como regla. Este caso es el de la herencia **divergente.**

Además se puede heredar la misma enfermedad u otra que con ella mantenga relación. Un padre alcohólico puede engendrar un hijo alcohólico, y un epiléptico. *El primero ha recibido una herencia* ***"homologa"****; el segundo una herencia* ***"heteróloga".*** *Aún es posible, como cuando se trata de capitales, heredar las enfermedades no directamente, del padre, sino indirectamente del abuelo, por ejemplo. Y este es un* caso de **atavismo.**

Yo podría llevar más lejos esta clasificación de la "herencia morbosa"; pero las variedades hasta aquí enunciadas bastan a mi propósito.

El doctor Taillens (1) ha comparado la herencia morbosa a una mina oculta bajo tierra. Todo queda tranquilo y silencioso si no se dá fuego a la pólvora. Pero dejen caer una chispa y la explosión se produce.

En todas las enfermedades que he de pasar en revista no se hereda la afección sino la predisposición; pero ustedes que han comprendido la comparación del Dr. Taillens, ¿no convienen conmigo en que es más ventajoso que esa bomba oculta bajo tierra no exista, o evitar la caída de la chispa y la explosión consecutiva?

Nadie cree en la actualidad que la herencia sea fatal e ineludible. Es una prisión de la cual es posible huir, dice el mismo Dr. Taillens. Pero esta huída señoras mías, es el hecho eventual, rarísimo de manera expontánea y dificilísimo cuando es el médico el colaborador del infeliz que intenta escapar.

Ahora que ya las he aburrido bastante hablándoles de la herencia, háganme Uds., la merced de observar las gráficas que llevan el número 1 y 2, las he trazado tomando las cifras que el Dr. Adolfo Fantiné distinguido y laborioso asistente del Prof. De Sanctis ha publicado respecto a la herencia morbosa constatada en los **Asilo - Escuelas** de Roma (2).

---

(1) Taillens —"Les causes des maladies nervieuses"— Laussane, 1908.
(2) L'Infanzia anormale.—Año VI. Nº 2. Milano.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En dichos **Asilo - Escuelas,** admirablemente organizados, se concede asistencia a los "niños anormales", así llamados por los médicos franceses. Para que ustedes sepan que es un niño anormal cedo la palabra a verdadera e indiscutible autoridad en la materia:

"Entre el niño idiota, que el mismo buen sentido de los padres reconoce incapaz de ser curado, educado e instruído y el niño normal, alegría de la casa y huésped de la escuela hay una serie de niños que ocupan los puestos intermedios. Estos vienen llamados con los nombres más diversos: **anormales, subnormales, tardíos** deficientes, inestables, nerviosos, débiles de mente, asténicos, atrazados etc.

Para el mejoramiento de estos niños se conoce desde hace muchos años, dos tipos de asistencia: el "Instituto" llamado ortofrénico o instituto médico-pedagógico para idiotas y deficientes y las "clases especiales" llamadas auxiliares o para deficientes, anexas a las escuelas elementales".

"Pero existe desde 1899 un tercer tipo de asistencia: el "Asilo Escuela" o "Educatorio" institución intermedia entre el Instituto y las clases especiales, destinada a la cura médica, a la educación de mente y cultura de carácter de aquellos niños que no pueden frecuentar las escuelas públicas o privadas; pero que son todavía educables y no tan peligrosos como para internarlos en las secciones para idiotas o epilépticos de los Manicomios o de los "Sanatorios privados" (1)

Pues bien, entre 396 de esos "niños anormales", pequeños desventurados que hacen la amargura de tantos hogares, ha hallado el Dr. Fantini que 350 (88.35%) tenían lo que llaman los médicos "tara hereditaria" es decir que habían recibido de sus padres la condición *infelicísima y solo 46 (11.65%) no tenían la indicada tara. Esto es lo que intenta expresar la gráfica Nº 1.*

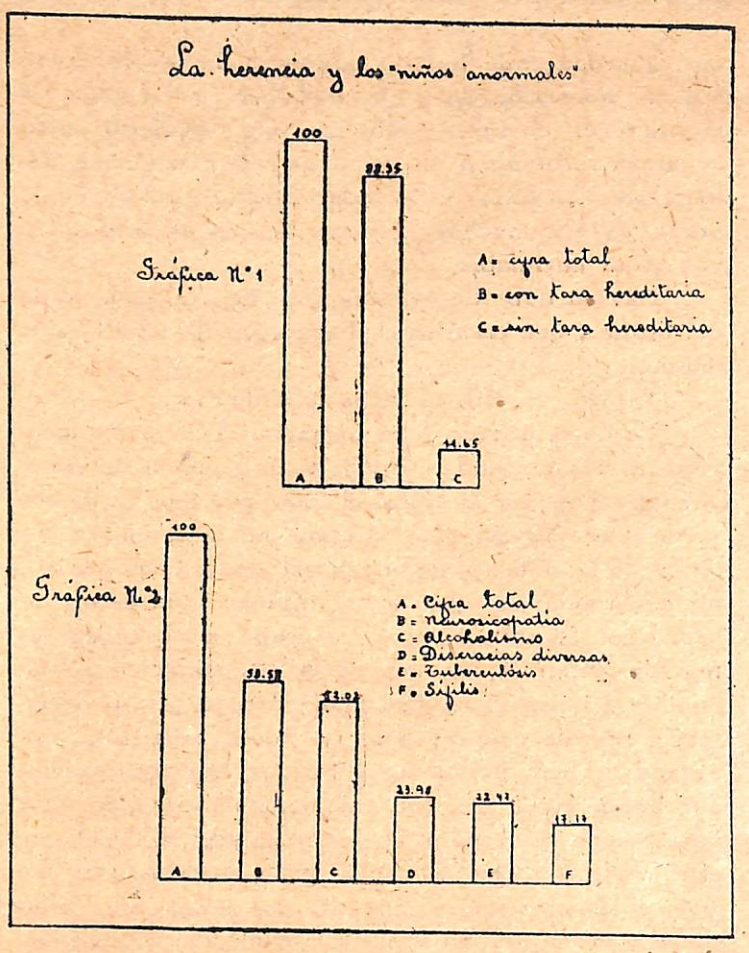
La gráfica Nº 2 expresa la herencia que habían recibido los infelices niños, 232 de estos eran hijos de padres **neurosicopáticos** (afectos de enfermedades del sistema nervioso y mentales). Estos 232 toman para sí un 58.58%.

Vienen después 206 hijos de alcohólicos (52.02 %), 95 hijos de padres afectos de **discrasias diversas** (trastornos de la nutrición, etc.) que toman un 23,98 %. Vienen después los hijos de los **tuberculosos** en número de 89 (22.47%) y los 68 hijos **sifilíticos** (17.17%). Se comprende que la suma de estos porcentajes es superior a 100% por que en muchos niños se hallaban reunidos dos o más taras hereditarias.

Será de la sífilis, de la tuberculosis, del alcoholismo y de las neurosicopatías que he de ocuparme, dejando al médico legista el cuidado de colaborar conmigo al hacer el análisis de las anomalías orgánicas y de algunos otros problemas que pudieran ser incluídos en este estudio, en el cual faltan para hacer menos pesada esta relación.

LA SIFILIS

Remy de Gourmant ha escrito un muy interesante y bello libro, que quizá ustedes no conocen. Se titula "Física del Amor". Es un libro que no recomiendo a los fanáticos del ensueño; a aquellos venturosos espíritus que se empeñan en cubrir la santa realidad de la vida con el velo sutíl de una idealidad cuya constancia es muy discutible. Es un libro interesante porque pone en claro nuestros problemas que el vulgo no conoce bien y es muy bello porque está muy bien concebido y admirablemente escrito.



Yo recuerdo ahora el libro de Gourmant por que el autor demuestra brillantemente como el hombre es uno de los ejemplares más acabados que de poligamia puede hallarse en la escala zoologica. Este polígamo "constitucional" —como ha sido llamado por algunos — llega al talamo nupcial después de haber bebido de muchas fuentes del placer; cuando el hastío de las aventuras fáciles y de los amores baratos le hacen buscar un encanto no gozado y una ilusión no satisfecha en iniciar a la muy amada en los dulces misterios de la alcoba.

No crean ustedes que voy a pronunciarme en contra de esa costumbre y que, imitando la propanda vana de los ultro —moralistas, voy a reclamar igualdad de condiciones de pureza en los novios. Aludo a esa diferencia porque no siempre son puras y sanas esas fuentes de goce en las cuales ha bebido el novio y por que muchas veces se ocultó en ellas, insidiosamente, el germen de esta enfermedad terrible, de esta **sífilis,** cuyo nombre de **avería,** hoy tan en boga, expresa gráficamente toda su trágica significación.

Las vanidosas satisfacciones de quienes defienden la reglamentación de la prostitución no valen nada frente a gruesas cifras de **avería** que señalan las estadísticas, ni frente al número de **averiados** que terminan sus días en las clínicas privadas, en los asilos y en los Manicomios.

—En presencia de estos hechos, los bellos discursos y las amenas conferencias y los artículos agradables de la revista y del diario, ya no convencen, ni seducen, ni tampoco convencen de los beneficios de su obra los autores de las "cartillas para jóvenes" y los oradores de las conferencias Cartillas y conferencias hacen obra de bien; pero este bien no lo veremos nosotros, ni nuestros hijos... él vendrá, el bien será hecho; pero se debe esperar aun y esperar mucho. Pero, en tanto

(1) Rendiconto delle Malattie trattata a "Villa Amalia", por il Prof. Santi di Sanctis.—Orvieto, 1909.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que la propaganda lleve a la conciencia de los hombres la convicción de la necesidad de preservarse de la sífilis con el mismo esfuerzo que despliegan para evitar un resfriado o un golpe de sol, precisa una defensa social contra esta enfermedad, traidora como pocas, ya que muchos sifilíticos ofrecen el aspecto de una salud envidiable.

Hay un tipo de enfermo que llega al consultorio del médico, que escucha el diagnóstico de sífilis y que murmura:

Y bien ¿Quién no tiene la sífilis? . . .

Yo he escuchado éstas palabras. Y he experimentado la más profunda piedad, piedad por el enfermo, por los suyos, por la sociedad toda, por que he de advertir a ustedes que este enfermo no es el infeliz enfermo de Hospital, el ignorante que declara con una admirable serenidad que es un sifilítico, que es un tuberculoso El enfermo que me ocupo. y repito que es tipo de enfermos, es una persona distinguida, es un hombre a quien el médico podía después de su declaración negarle cultura; pero no podía negarle la costumbre de leer periódicos y revistas en cuyas columnas hacen labor de conveniente vulgarización unos hombres de poca pero buena voluntad. Verdad que este enfermo no ha recorrido, como nosotros, con una invencible impresión de angustia, las salas de un sifilicomio y no ha podido asistir a la evolución condolísima de la avería; pero ha oído hablar de ella, ha leído de ella, conoce algo de ella.

Frente ha este tipo de enfermo que, cuando no ríe del diagnóstico de sífilis, lo escucha con una filosofía absolutamente oriental, se halla el tipo enfermizo del hombre que víctima de la avería, no halla otra solución que el suicidio. Se comprende facilmente la anormalidad de reacciones en uno y otro tipo; en el que no vibra y en el que vibra en exceso.

Pero, entre uno y otro tipo, cabe el tipo de la reacción normal, tipo que todos los médicos han asistido pero que —por desgracia— es bastante raro. Es el hombre que se da cuenta de la gravedad de la dolencia y dé la necesidad de curarse y que, con el objeto de realizar sus propósitos, ofrenda a la curación todo el contingente de tiempo y de asiduidad y obediencia que la curación reclama.

Es este sifilítico honrado —permitanme ustedes llamarle así— el único que formula ante el médico esta pregunta, hermosa por la nobleza de sentimiento que revela en quien la hace:

—¿Puedo casarme? . . .

Tratadistas y prácticos responden en una sola forma: "Sí, pero después de un tratamiento. . ." Y aquí el episodio enojoso de la diversidad de períodos señalados por los médicos para realizar este tratamiento de las prolijidades del médico honrado para declarar curado al enfermo. Entre ustedes señoras mías, hay unas cuantas curiosas que han oído hablar del "606" y que han leído, en la cuarta plana de los diarios, el aviso publicado por algún colega charlatán, con burla de la Facultad de Medicina y escarnio del cuerpo médico, anunciador de la cura de la sífilis "por rebelde que esta sea". Por desgracia, señoras mís no es cierta la magia de esta cura. En medicina como en todo vivimos de ilusiones, judíos de una religión de humanidad, los médicos esperamos hace años el Mesías de la cura del cáncer, de la sífilis, de la tuberculosiss. . . Llego el "606", remedio del sabio Ehrlich creímos que llegaba el Mesías de la cura sifilítica. . . . pero no era el que esperábamos.

OPOFER

Extracto hepático. - Extracto de Bazo. = Vitamina B_1. - Arrhenal

TONICO GENERAL

Anémias-Convalescencias
Curas de engorde

LABORATORIOS CARRION
Avenida Bolivia 1157-61
Teléfono 32130

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Observo con pena que, por una vez más, me aparto de la cuestión principal. Es la desventaja que tenemos quienes escribimos comparados con quienes hablan. El conferencista también tiene el freno saludable de los movimientos de la impaciencia y el cortés aviso de un discretisimo bostezo...

Hablamos del sifilítico que se cura; que quiere ir al matrimonio; pero no sin llevar la garantía de curación completa. Aceptemos esta cura radical y llevemos nuestro optimismo hasta el extremo de creer que las alteraciones causadas por la avería en el organismo paterno hasta el momento de realizada la curación no tendrán influencia perniciosa alguna sobre la prole.

Termino esta mi exhibición de sifilíticos aspirante a novio presentándoles el caso más común, más general y más peligroso; aquel que es portador de la sífilis sin saberlo. En los años de la alegre juventud ha tenido un pequeño contratiempo.

Ha sabido de él, ayudado por algunos amigos, ocultando cuidadosamente el hecho a la severa mirada de los papás. Y después nada. Es cierto que ha tenido una erupción cutánea en la cual un médico había hallado la **roseola sifilítica,** pero ha sido en verano, y el enfermo lo ha atribuído al calor. Verdad también que ha tenido unas anginas, una caída de cabellos, algunos dolores a los huesos. El lo explica todo prescindiendo de su enfermedad. Cuando no el calor, el aire, el sol, el agua...

Este enfermo, debemos declararlo, es tan honrado como el sifilítico que se cura y cuyo ejemplo no imita por ignorancia de la enfermedad. Es este enfermo el que participa de las sorpresas de la aparición de los síntomas tardíos con la misma intensidad que la infeliz esposa.

El desconocimiento de los peligros de la avería es parte, seguramente, de ese entusiasmo que despierta en la mujer joven —y en la que no lo es— las vidas inquietas y las aventuras galantes. Un ilustre médico suizo y hábil psicólogo, el doctor Paul Dubois ha dicho: "Don Juan en la escena halla admiradores aun en el mundo de las damas virtuosas" (1). Yo creo que en esa otra escena de la vida acontece lo mismo. No hay nada que halague más íntimamente el amor propio femenino que constituír el epílogo de una vida de locuras y amoríos y todos nosotros hemos escuchado de labios de una novia expresiones idénticas o análogas a esta: "Verdad que ha sido muy **mujeriego;** pero se compondrá conmigo". Y muchas veces están en lo cierto, la redención moral llega. Pero: "¿llega siempre la redención física, la salud?...

La **sífiles,** señoras mías tiene una crudelísima predilección por el sistema nervioso y se cobra en dolores muy grandes, en muy angustiosos dolores, los pocos instantes de ventura de los cuales fué trágica compañera. Yo podría hablarles de muchas de esas enfermedades que ustedes designan con el nombre de "parálisis" y algunas veces con el de "mielitis" que comienzan a formar parte del lenguaje famiilar. Pero prefiero hablarles del epílogo más doloroso de la sífilis, singularmente de aquellas formas le sífilis benignas y por benignas no curadas o curadas con poco empeño. Quiero referirme a la "demencia paralítica", o "parálisis progresiva de los alienados".

Esta enfermedad que se presenta en los sifilíticos con una frecuencia que varía, según los observadores, del 51% (Torkel) al 75% y 86.9% (Hugberg) está

(1) "Raison et oentiment".—Berna, 1910.

FERRO-DOCE

ELIXIR

FORMULA:

Vitamina B^{12}	150	microgramos
Acido Fólico	9	mg.
Citrato de Hierro y Amonio	6.6	mg.
Vehículo aromatizado c. s. p.	150	cc.

(Contiene 12% de alcohol).

INDICACIONES

Todos los tipos de anémia y debilitamiento orgánico. Anemias macrocíticas. Anemias por deficiencia de hierro. Anemias de la convalescencia. Anemias del embarazo. Crecimiento infantil.

DOSIS

Adultos: 1 á 2 cucharaditas después de cada alimento.
Niños: Para los infantes, 1 cucharadita dos veces al día.
— Para los mayores, 1 cucharadita tres al día.
Se le administra mezclado con agua, jugo de frutas o leche.

PRESENTACION

Frasco de 150 cc.

LABORATORIOS UNIDOS: S.A.
Av. Bolívar 561, Pueblo Libre.
Lima - Perú

DISTRIBUIDORES:
HENRI. LE. BIENVENU, S.A.
Serrano 856, Lima - Perú

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

caracterizada por un progresivo embrutecimiento y por fenómenos paralíticos. En ella los trastornos del espíritu y del organismo todo llegan a la destrucción absoluta de la personalidad psíquica y del organismo, si una enfermedad extraña no redime al enfermo, quitándole la vida, de tanto y tan grande infortunio, la asistencia de esta enfermedad corresponde de derecho al Manicomio cuyas figuras más dolorsas y emocianantes están constituídos por esos pobres enfermos esqueléticos que recorren las salas como personajes de una pesadilla o de un cuento de Poe.

Esto en cuanto al porvenir personal del novio. porvenir cuya tragicidad no se oculta a nadie y acerca de cuyas proyecciones sobre la ventura de la familia no necesito insistir.

Hablemos un poco de la prole. Muchas de ustedes conocen un gran número de matrimonios estériles. Cada alumbramiento es un aborto y a cada aborto no escasean los comentarios en torno a la esposa que es débil, que es "anémica", que, en una palabra, no tiene condiciones de madre. Sepan, a este respecto, que en estos tiempos de incredulidad, muchos médicos han operado el milagro de hacer fecundas uniones matrimoniales estériles. ¿Cómo...? Por si ustedes desean aprender a operar ese milagro: curando la sífilis del marido.

Otras veces no se presenta el aborto y viene al mundo un niño deforme. Son los padres de sifilíticos los que contribuyen, con el apreciable contingente de su prole, a llenar las vitrinas de los museos que exhiben como caprichos de la naturaleza, todas esas deformidades y aberraciones de organización física.

El mejor de los casos no es el nacimiento, sin defectos ni anomalías aparentes, de un vástago que, meses y años después, presentará todos los síntomas de la sífilis hereditaria.

Muchas veces, señoras mías, en la solemne y dolorosa de una consulta médica, que tiene dolores y solemnidades de confesionario, la madre afecta de sífilis y condutora de un bebé sifilítico, tiene en los labios estas palabras, de una angustiosa elocuencia:

Yo no lo sabía...

Ella no lo sabía; pero quizás lo sospechaban sus padres, quizá era cierto el novio.

Ella no lo sabía y firmó, ante la curia eclesiástica o ante la Municipalidad, el más leonino de los contratos.

En el médico que asiste a ese drama solemnísimo, vence la piedad sobre sus rebeldías contra el médio social. Y es por piedad que no le dice a la muy infeliz;

—Resígnese Ud., señora; sacrifique su pudor, si es usted la víctima; su amor de madre. si lo es el fruto de su entrañas. Resignese Ud. Está Ud. arruinada, en su salud, en sus sentimientos, pero lo está Ud. en nombre de la ley!...

(continuará)

(Viene de la Pág. 3)

3) Que de llevarse a la práctica este nombramiento interino se desconocerían los derechos adquiridos por los médicos asistentes del Pab. 3 y al mismo tiempo se ingringiría el Reglamento de los Hospitales de la Beneficencia Pública por el que se establecen la promoción por antiguedad y por concurso; y también los incisos pertinentes del Escalafón Civil de Empleados *que contempla expresamente estos casos.*

4) *Que el Dr. Luis Cano Gironda, Médico del Hospital Dos de Mayo* sólo desde Agosto de 1944, actualmente Jefe de la División de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y al mismo tiempo Jefe del Dispensario Orbegoso como dependencia de la División de Tuberculosis y también del Hospital Dos de Mayo, al asumir este nuevo cargo de Jefe Interino detentaría un numero tal de funciones que contraría los más elementales principios que se oponen a la acumulación de cargos por un mismo funcionario.

Por las razones expuestas, sujetas a la debida ampliación, nos dirigimos a Ud a fin de que la Asociación de Médicos del Hospital Dos de Mayo que dignamente Ud. dirige tome las medidas que juzgue conveniente en defensa de nuestros legítimos derechos y de los fueros del Cuerpo Médico en general.

Aprovechamos la oportunidad para expresar a Ud. nuestra distinguida y especial consideración.

De Ud. atentamente

Dr. Eulogio Colichón R.
Dr. Aurelio Souza Iglesias
Dr. Román del Castillo R.
Dr. Manuel A. Agurto C.
Dr. Mario Pastor Balcazar

Al Cuerpo Médico Ofrecemos

SOLUCIONES PARENTERALES

DON BAXTER

SUERO GLUCOSADO

SUERO FISIOLOGICO

SOLUCION SALINA POTASICA (DARROW

PROTEINAS HIDROLIZADAS AL 6%

EN ENVASES "VACOLITER"

DON BAXTER INC

Glondale, California, E.U.A.

DISTRIBUIDORES

G. Berckemeyer & Cía., S. A.

Casa Fundada en 1899

VILLALTA 266

LIMA AREQUIPA CHICLAYO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La Medicina Preventiva y el Lactante

Resultado obtenido en el Centro de Salud de Ancón

Trabajo presentado por el Dr. Víctor Morales, Delegado al II Congreso de Protección a la infancia

—

Es para mí muy grato exponer, ante este Congreso, un aspecto del trabajo que vengo realizando desde hace algunos años y cuya experiencia debe significar un pequeño grande aporte al estudio de la Medicina Preventiva Infantil, meridiano y norte hacia donde se dirige el esfuerzo multánime, de todos los que nos proponemos redimir al niño, defendiéndole de las inclemencias ambientales, para ofrecerlo a la Patria como un ciudadano fuerte y capaz.

BREVE EXORDIO

El ambiente en el cual se desarrolla mi experiencia, es el Balneario de Ancón, que posee características suigéneris en cuanto al tipo de su conglomerado humano, pero que lleva el signo de los centros de pequeña población (2,000 habitantes más o menos, permanentes). En esto radica justamente su importancia, porque frente al País se presenta como un laboratorio det fácil experiencia donde los resultados tienen el valor único de su máxima veracidad, dado que los valores humanos on fácilmente accesible y, por lo tanto, la organización se simplifica.

El motivo principal que me ha inducido a la organización de un servicio del tipo del Centro de Salud de Ancón, es el convencimiento absoluto de la falencia del titularato clásico y oficialista, rezago de una organización ampliamente superada, donde un médico es obligado a ejecutar el papel de mero burócrata en desemparo ya que carece de los medios más elementales de trabajo y actúa en un ambiente totalmente inaparente para una labor idónea. No puede ser la labor inarmónica del individuo aislado la que de fruto efectivo dentro de la más pristina orientación sanitaria, sino, la organización, que significa: ESTUDIO DEL MEDIO, PLANEAMIENTO DE UN PROGRAMA, Y EJECUCION PRECISA DEL PLAN TRAZADO. Los resultados posteriores han confirmado este aserto: la población de Ancón con 50 o 60 años de titularato ha vivido en el más absoluto desampáro sanitario, verificado por las cifras estadísticas que hasta el oño 1943 se han registrado y, con 8 años de trabajo organizado, nos ofrece guarismos halagadores, que justifican ampliamente el que se le considere como un laboratorio experimental cuyos resultados dudosos o deleznables pueden ser desechados para utilizar aquellas verdades que son corolario del trabajo dirigido.

Es por todo esto que pongo a la consideración de este Congreso uno de los aspectos más importontes del trabajo realizado en el Centro Municipal de Salud de Ancón o sea la ACCION MEDICA PREVENTIVA FRENTE AL BINOMIO MADRE NIÑO.

PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo propuesto frente a este aspecto interesante, ha sido sugerido por la observación cotidiana, la que me permitió ratificar, una vez más, lo que tantas veces se ha enunciado: "es necesario prevenir para no tener que remediar". Este adagio es indispensable interpretarlo, para que constituya una verdad frente a los problemas de sanidad y traducirlo así: es necesario hacer Medicina Preventiva para reducir la morbilidad y mortalidad y es necesario también crear organismos que atiendan al que cae en la lucha contra el agente morboso, a la par que es imprescindible modificar los hábitos nocivos y sustituirlos mediante la enseñanza de la Higiene, por aquellos que han de orientar al individuo en las normas indispensables de un mejor vivir; en resúmen: educar, prevenir y curar. Por razones obvias y propias de nuestra realidad, estas tres normas tenían que ser programadas para realizarse en un mismo local y por obra de personal único. Si bien hay doctrina veráz que se opone a esto, el resultado, expresado en cifras, nos demuestra que cada medio y cada realidad debe tener su orientación doctrinaria que, sin alejarse de lo universal, satisfaga a su economía peculiar.

El punto débil en la familia es el niño y, por ello, hemos dedicado nuestra preferente atención hacia él, no como un ente aislado sino dándole el valor considerable que dentro del núcleo humano se merece. Y como el ser humano es el trasunto de los genes heredados y de los factores que el ambiente graba en él, iniciaremos este trabajo con la exposición de estos elementos, o sea: el estudio ambiental, económico-social de los niños en Ancón.

FACTORES ECONOMICOS SOCIALES

El año 1948 dí a conocer el resultado de esta experiencia en el folleto editado bajo los auspicios de la Municipalidad que titula "Una Experiencia en el Centro de Salud de Ancón". De este folleto extraigo las cifras que a continuación expongo y que mantienen actualidad en todos sus aspectos.

A.— Condición civil

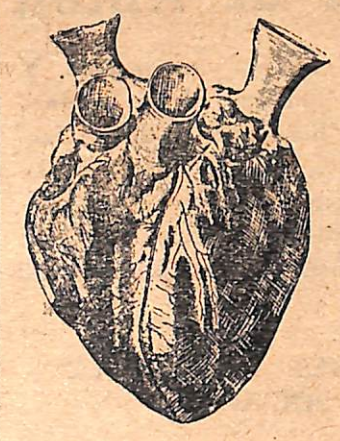
De los 234 niños estudiados, verificamos que 150 son legítimos, o sea un 64.1% y que 84 son ilegítimos, lo que corresponde a un 35.9% cifra mucho más baja de lo que registra Cornejo Bustamante en el trabajo publicado en la Revista Peruana de Pediatría (Julio, Setiembre 1950) y que, indudablemente, se debe a la prolija labor que vienen realizando los párrocos del lugar, tendientes a asegurar las uniones naturales.

Es un hecho establecido que las uniones naturales son fuente de desamparo familar, lo que redunda en perjuicio directo del niño, pero debemos hacer una aclaración respecto a las características de nuestro medio proletario; en un porcentaje muy alto, las parejas se unen en primera instancia de modo natural y forman familia con similar grado de responsabilidad e irresponsabilidad que aquellas que, previamente, han legalizado tal unión. Por otra parte, hay otro grupo de uniones transitorias fugaces en las que el advenimiento del niño determina la total separación de la pareja con la consiguiente fuga del padre. Este último grupo es el que ocasiona el más grave perjuicio y es fuente apreciable de mortalidad infantil.

Al precisar estos hechos y exponerlos tal como los verificamos en la realidad social de nuestro medio, estoy muy lejos de restar valor a la unión legal y religiosa, antes bien,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Endocarditis Bacteriana Aguda



Resistente a la penicilina y a la sulfadiazina "curada" con Terramicina.

Historia clínica: J.S., mujer de 19 años, presentaba una septicemia a Staphylococcus aureus con endocarditis mitral aguda y hemiplegia embólica del lado izquierdo. Fué admitida en estado semicomatoso, gravemente enferma, al noveno día de enfermedad, habiendo fracasado un tratamiento previo intermitente con sulfadiazina y penicilina. "Al no obtenerse respuesta alguna a un tratamiento adicional con 1.050.000 unidades de penicilina, se instituyó la terapia con terramicina al 11º día de enfermedad. Se obtuvo una mejoría gradual progresiva con una dosis diaria promedio de 2 gm. administrada durante 53 días". Resultado: "curación de la paciente".*

CLORHIDRATO DE

Terramicina

CRISTALINA

En la creciente literatura médica se continúa dando importancia a:

1. **El amplio espectro de actividad antimicrobiana de la Terramicina,** eficaz contra muchas infecciones causadas por bacterias, rickettsias, espiroquetas, así como ciertas infecciones a virus y protozoarios.

2. **La rapidez de la respuesta a la Terramicina** en las infecciones agudas y crónicas que afectan una gran variedad de sistemas, órganos y tejidos.

La Terramicina puede obtenerse en diversas formas de dosificación oral, intravenosa y tópica—

Cápsulas	250 mg., frascos de 16 y 100; 100 mg., frascos de 25 y 100; 50 mg., frascos de 25 y 100.
Elixir	(antes llamado Terrabón), 1,5 gm. con 1 oz. fl. de diluyente.
Gotas Orales	2 gm. con 10 c.c. de diluyente y un cuentagotas especialmente calibrado.
Intravenosa	frascos de 10 c.c., con 250 mg.; frascos de 20 c.c. con 500 mg.
Ungüento	30 mg. por gm. de ungüento; tubos de 1 oz.
Ungüento Oftálmico	1 mg. por gr. de ungüento; tubos de ⅛ de oz.
Solución Oftálmica	frascos de 5 c.c. con 25 mg. para la preparación de soluciones tópicas.
Pastillas	15 mg. por pastilla; cajas de 24.

* Blake, F.G.; Friou, G.J., y Wagner, R.R.: Yale J. Biol. & Med. 22:495 (Julio) 1950.

Export Department Pfizer **CHAS. PFIZER & Co., INC.**
81 Maiden Lane, New York 38, N.Y.

This advertisement on Terramycin—No. IPT-JX6S—will appear in the September, 1951 Issue of Antibioticos Y Quimioterapicos

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA EL PERU

CONTINENTAL MEDICA PERUANA

Edif. Encarnación Ofs. 309 y 310 — Teléfono 31622 — Casilla 1440

quiero remarcar que, no solo debemos pensar en la responsabilidad de tipo económico, sino que es también primordial la responsabilidad moral, ya que de los hogares bien constituídos es de donde brotan los retoños más sanos, no solo desde el punto de vista somático, sino también síquico, tal como precisa Anna Freud, gracias a las observaciones recogidas en las instituciones de la "Nursery de Hampatead".

De lo expuesto se deduce que es primordial, tanto para las uniones naturales como legales, la realización de una campaña educativa amplia que induzca a la vivificación del sentimiento de responsabilidad y, tratándose de las uniones fugaces, forjar los procedimientos más rápidos y efectivos que garanticen el cumplimiento de la obligación contraída por los padres en el momento de la concepción.

B.— Aporte económico

Verificamos que contribuyen al sostenimiento del hogar: en 186 casos, exclusivamente el padre, lo que represnta un 80%; solo la madre en 9 casos lo que da un 3,9%; ambos, 12, o sea 5,1% y sostenida la madre y el niño por ayuda familiar en número de 27 lo que corresponde a 6,91%, cifra que es el trasunto de los niños que se encuentran en total abandono por parte del padre.

C.— Ingreso económico familiar

En 186 familias constatamos que el aporte económico para el sostenimiento del hogar registra un promedio de 280 soles mensuales, producto de las siguientes cifras:

Menor de S/. 100.00	12	6,5%
100 a 200.00	54	29 %
200 a 300.00	54	29 %
300 a 400.00	53	28,5%
Más de 400	13	7,0%

Es verdad que estas cifras representan los ingresos hasta el año 1948, los que posteriormente han subido, pero también es cierto que el costo de la vida es muy superior, de modo, que si no hay compensación entre un factor y el otro, es seguro que el mayor aporte está lejos de satisfacer las más elevadas exigencias del momento actual.

B.— Número de hijos por familia

Constatamos que el promedio de hijos por familia es de 4, lo que se desprende de la siguiente relación;

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

De 1	48	20,5%
De 2	60	25,6%
De 3	35	14,5%
De 4	29	12,3%
De 5	19	8,1%
De 6	12	5,1%
No consignadas	10	

Si tenemos en cuenta q' el promedio de ingreso es de S| 280.00 y el número de hijos, promedio, alcanza a 4, contando con los padres tendremos que el conglomerado familiar mínimo será de 6 personas, correspondiendo a cada una la cantidad de S|. 46,66 mensuales, o sea 1,88 soles diarios, suma que debe respaldar el gasto correspondiente a alimentación, habitación, vestido, educación, etc. Huelga el comentario, ya que las cifras tienen la clarividente virtud de traducir el fenómeno de la economía familiar en este medio.

E.—Vivienda

De las 234 familias que estudiamos, 64 viven en casas de material noble, 27,3%. 55 en casuchas de madera, 23,5%. 101 en chozas levantadas con materiales de residuo, 43,2% y no precisadas 14. Los datos que indican el número de habitaciones por casa y el número de personas que duermen en cada unidad, nos ofrecerá un panorama integral de la vivienda, y tenemos:

De 1 habitación	33 familias	14.1%
De 2 habitaciones	80 familias	34,2%
De 3 habitaciones	30 familias	34,2%
De 4 habitaciones	17 familias	7,3%
De 5 habitaciones	8 familias	3,4%
No precisadas	26	6,8%.

Veamos el número de personas que duermen en la habitación dormitorio del niño:

De 1 persona por habitación	2	0,8%
De 2 personas por habitación	32	13,6%
De 3 personas por habitación	61	26,0%
De 4 personas por habitación	73	31.0%
De 5 personas por habitación	31	13,2%
De 6 personas por habitación	19	8,1%
Más de 6	13	5,5%
No consignadas	3	

Estos informes, no hacen otra cosa que poner, una vez más, en evidencia el arduo problema de la crisis de vivienda que aqueja a nuestra población y, enfocado el asunto al niño, precisa las condiciones antihigiénicas en que se desarrolla y si a esto se añade la marcada tendencia de evitar las llamadas "corrientes de aire", la promiscuidad con animales, el uso del lecho común familiar, el uso de la ropa inadecuada durante el reposo nocturno, tenemos ante nosotros la imagen de lo que puede denominarse: la tragedia ambiental en el desarrollo del niño peruano. Esto en cuanto se refiere a la parte, somática; el aspecto moral del problema reviste caracteres igualmente alarmantes. La mente siempre ávida del niño para adquirir conocimientos se encuentra precozmente satisfecha. El lecho común o la habitación reducida hace que el pequeño descubra "el secreto del sexo y de la sexualidad", que lo interprete de modo simplista y que siembre en su mente gérmenes que más tarde pueden dar lugar a trastornos en la esfera mental. Las desviaciones morales de los adultos encuentran facilidad oportuna para el incesto, lo que, desgraciadamente, no es infrecuente en nuestro medio. Cuanta razón tenía el estadista inglés cuando afirmó "el problema de la moralidad es problema de metros cuadrados".

Desgraciadamente, a los médicos que conocemos el problema en toda su crudeza, solo nos resta poner en evidencia estos hechos, resaltarlos con toda su crudeza y esperar a que los Poderes Públicos den primacía, en el desarrollo de sus planes, a aquellos que conduzcan a la solución del punto que comentamos.

La Medicina Preventiva nos conduce a estudiar todos estos puntos y, por lo tanto debemos decir a todas aquellas personas bien intencionadas que hacen ardua campaña por la construcción de nuevos hospitales para niños, que estamos absolutamente de acuerdo con éllos, pero solo como parte de la solución del problema. Es necesario primero proteger al niño a fín de necesitar menos hospitales. Hay que reconocer el "derecho a la salud" que tiene y garantizarlo, desechando el derecho a una cama de hospital y reservar este triste privilegio para el que cae como consecuencia de una lucha de fuerzas similares, lo que solo se puede obtener gracias a una acción preventiva integral. Luis Hackett, de la Rockefeller Fundación, decía en la Universidad de Chile en diciembre de 1947 "es posible que ustedes hayan estado incurriendo en el pecado opuesto de desarrollar el seguro social y de salud antes que la prevención de las enfermedades. Si las gentes se estan cayendo continuamente a un pricipicio -añade es más humano y más barato colocar una defensa en la altura que construir un hospital en el fondo". Estas palabras, llenas de plasticidad, tienen entre nosotros una vigencia evidente.

Veamos ahora que es lo que hemos realizado en Ancón para defender al niño y valoremos lo obtenido.

CONTROL DE LA MADRE GESTANTE

El examen periódico de la mujer gestante conlleva la defensa de la madre, por una parte y por otra la defensa del niño.

El servicio Pre-natal lo prestamos mediante la inscripción de la mujer gestante en fichas especiales en las que se anotan los datos generales de la paciente, desde el punto de vista orgánico y social a la par que los datos específicos de su gestación. Debemos declarar que en promedio, solo logramos controlar, a cada madre, 3 o 4 veces durante su proceso. El ideal de que sea sometida a examen cada 15 días o cada mes solo lo hemos logrado durante el tiempo en que contamos con la colaboración de una visitadora; al suprimirse esta plaza indispensable, volvimos a la visita voluntaria. Con todo, estos exámenes nos permiten descubrir, a tiempo, vicios orgánicos o adquiridos y plantear la solución conveniente, a la par que nos permite establecer los regímenes dietéticos ad-hoc y aconsejar las normas que la puericultura de la gestante establece.

CONTROL DE LA PARTURIENTA

Toda madre tiene el derecho de ser asistida, con garantía, en el momento supremo del parto. Todo niño tiene el derecho de llegar a la vida en un ambiente de higiene y solvencia que asegure el instante de su advenimiento como firme base de su porvenir. La plasmación de estos principios universales, obliga al Estado y, en general, a las Instituciones Tutelares, a establecer los servicios indispensables para que su enunciación no constituya un mito.

La evolución del niño desde el momento de su concepción hasta su transformación en adulto, es una cadena y, uno de sus eslabones funda-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mentales es el que motiva este acápite, por ello creo que es parte primordial de un programa integral el establecimiento de servicios de maternidad en los centros preventivos o mixtos, de esta manera el Servicio no pierde la unidad y, si se trata de pequeñas poblaciones, no es posible diversificar las fuerzas, estableciendo centros de maternidad aparte de los servicios generales de prevención y asistencia y, por otra parte, tratándose de poblaciones aledañas a la Capital, lleva la ventaja de restar la afluencia a los recargados servicios del Hospital de Maternidad, asegurando una atención inmediata que sortea los inconvenientes de azarosos sistemas de traslado, con los consiguientes peligros y dificultades.

Es así como la madre controlada en el servicio Pre-natal, es atendida en su domicilio, si éste ofrece la seguridad de una atención higiénica y de una recuperación idónea de la parturienta, en el caso contrario, es atendida en el Centro de Salud, donde se el brinda lo indispensable a la par que se le instruye en las normas elementales de la puericultura infantil.

CONTROL DEL NIÑO

El niño, para su control, es inscrito en el momento de su nacimiento en una ficha integral, recibiendo la madre el carnet respectivo que registra los datos elementales de su evolución (peso, talla) y los especiales de defensa biológica (vacunaciones).

La concurrencia, durante el primer año de vida, se efectúa semanalmente (día sábado), momento en el cual el niño es controlado y la madre recibe las normas generales que ha de seguir para la crianza de su hijo.

Es digno de anotar el éxito que hemos obtenido al convencer a las madres de la necesidad de su concurrencia con el niño sano. La madre sigue con entusiamo y cariño la curva del peso de su hijo y presta recurre el consejo del Centro cuando verifica alguna anormalidad. Sacrifica el tiempo de sus quehaceres domésticos para llevarnos a su hijo. Esto ha sido posible gracias al ambiente reducido de la población y a la labor perenne de convencimiento individual. Estamos organizando el cuadro de concurrencias que será exhibido permanentemente en el Centro, a fin de brindar premios de estímulo a las madres que son más asíduas, tanto en sus visitas como en el cumplimiento de las normas prescritas.

Desde luego, existe un 25% que se nos escapa y de pronto nos vemos con niños distróficos por regímenes defectuosos; pero aún estos casos nos son útiles para nuestra campaña educacional, ya que les exhibimos las fichas de los controlados y de visu pueden establecer la diferencia. Esto crea en las madres una emulación constante y, de esta manera, paulatinamente, hemos logrado la concurrencia voluntaria de un 75%.

A partir de los dos años, ya se nos escapa del control preventivo la mayoría de los niños, pero logramos ubicarlos al realizar las campañas periódicas de vacunación o cuando concurren por alguna dolencia.

Convencidos de que la etapa escolar no puede significar un eslabón roto en la cadena, hemos decidido continuar con el control de los niños de esta edad, para tal efecto aquellos que desde su nacimiento tienen ficha en el Centro, continúan registrando su evolución, pero, a fin de que el control alcance a la mayoría, estamos realizando un estudio completo de los escolares, trabajo que será expuesto en otra oportunidad y que es motivo de tesis del Sr. Jorge Tresierra, interno del Centro. Una vez terminado este estudio, coordinaremos la labor con la repartición correspondiente del Ministerio de Salud Pública.

El estudio estadístico que sobre los lactantes presento, revela el estado de la campaña en pro del mejoramiento de la madre y del niño y, en consecuencia, la evolución que ha sufrido.

A.— Peso del recién nacido

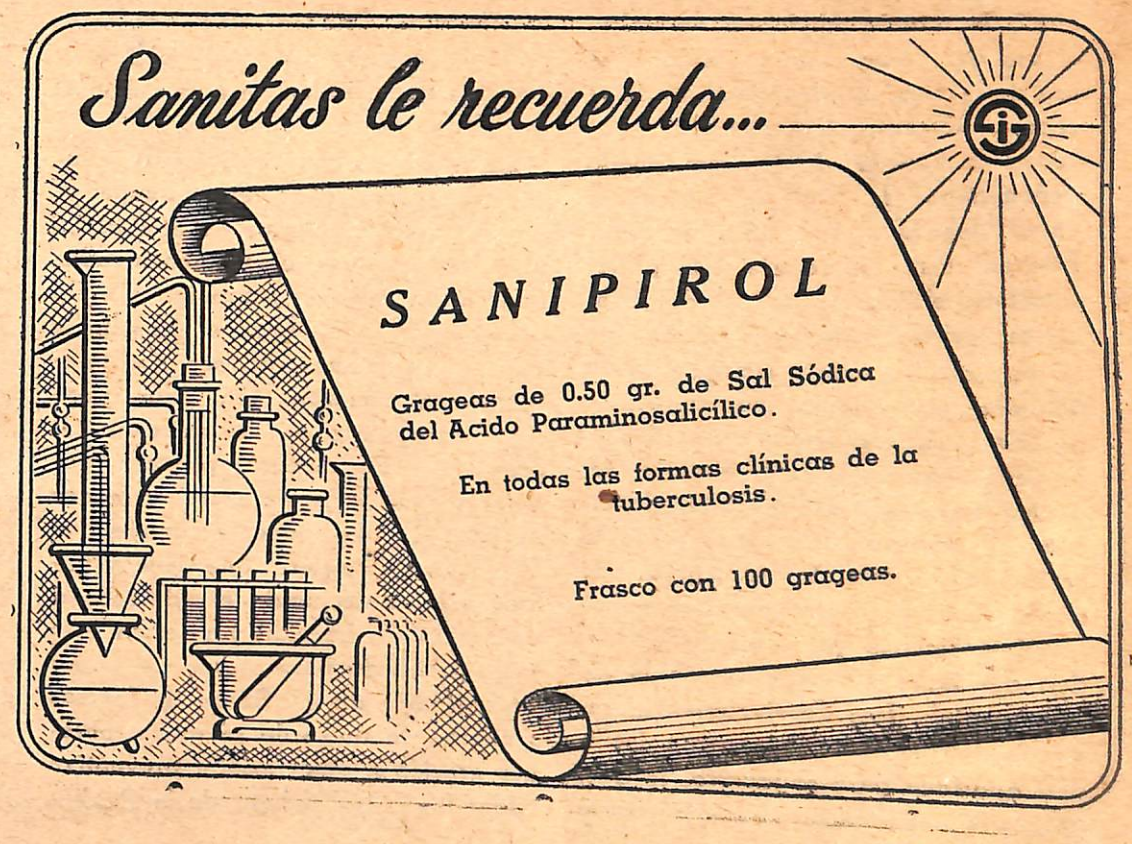
Del estudio de 163 niños nacidos en el Centro de Salud en 1949 y 1950, obtenemos las siguientes cifras que colocamos frente a las registradas por Collazos en los servicios 4 y 6 de la Maternidad de Lima (El estado de la Nutrición de la madre y del recién nacido. Rev. Peruana de Pediatría Nº 22) al estudiar 667 niños.

Peso	Centro Salud	Ancón	Matern. Dr. Collazos	
Menos de 2,500 gr.	5	3%	20	3%
de 2,500 a 2,799 gr.	14	8,53%	69	10,34%
de 2,800 a 2,999 gr.	15	9,21%	73	10,94%
de 3,000 a 3,799 gr.	104	63,82%	420	62,96%
más de 3,800 gr.	25	15,34%	85	12.74%
Total	163	99,90	667	99,98

Las cifras máximas que hemos registrado oscilan entre 4,500 y 5,100 gr. y las mínimas entre 2,100 y 2,500 gr.

La **natimoralidad** nos da un coheficiente, durante los tres últimos años, de 3,1, cifra alentadora si se compara con las obtenidas por Collazos de 6,44% en 1931 y de 3,34% en 1947.

Veamos ahora lo que nos dice frente al estudio de Collazos y al



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

realizado por nosotros en Ancón los años 1946 - 1947 (Publicados en el folleto titulado 'Una experiencia en el Centro de Salud de Ancón).

Frente a las cifras de Collazos vemos: 1º Que los niños con menos de 2,500 gramos de peso, o sea los débiles congénitos, registran cifras exactamente iguales en ambas estadísticas.— 2º Que porcentualmente el número de niños que nacen con peso de 2,500 a 2,799 gr. es menor en Ancón.— 2º Los que nacen con peso de 3,000 a 3,799 gr. alcanzan un mayor porcentaje en Ancón, lo mismo que los que registran un peso mayor de 3,800 gr. Es indudable que esta diferencia puede explicarse, en parte, por el hecho de que las cifras recogidas por Collazos corresponden a los productos de madres que no han recibido, en su mayoría control durante la gestación ni han seguido un régimen conveniente; en cambio las registradas en el Centro de Salud se refieren a las madres que han recibido los consejos pertinentes a su alimentación y régimen general. Desde luego, no considero absoluto este factor, pero indudablemente tiene valor, aunque contradigan las afirmaciones de Finkelestein y Momm, las que por otra parte se encuentran en franca revisión. Nuestra *experiencia constituye un aporte valedero ya que de 1947 a 1950 no ha obrado, sobre las madres de Ancón, otro factor que el control* pre-natal y la campaña educativa sobre la alimentación y régimen de la gestante.

Las cifras registradas por nosotros en 1946 - 1947 nos permite verificar que el porcentaje de débiles congénites ha sido reducido considerablemente, en ese entonces precisamos *un 19 % de débiles* congénitos; en 1949, 1950 los niños que tienen la característica de tales llega a un 3%. Si a esto sumanos el porcentaje de endebles que es de 8,53%, su total alcanza a 11,53%, que aún, en este caso, está por debajo del 19% anotado.

B.— Peso de los niños controlados en el año 1950, hasta los 2 años

Los datos tomados durante el segundo semestre de 1946 y el año 1947 referente al peso de 200 niños, que inscribimos a fin de iniciar nuestra labor de control preventivo, nos permitió verificar que, si bien los indices revelaban un estado de nutrición superior al hallado por el Prof. Krundieck entre los niños que acuden al Hospital del Niño, no por eso dejaban de demostrar la existencia de un elevado porcentaje de desnutridos que obligaba a perseverar en el plan preventivo, única manera de mejorar estas cifras, y es así, como después de tres años, o sea al final de 1950, recogemos cifras que rubrican el éxito de la labor preventiva.

Para tal efecto hemos tomado los pesos registrados en 139 fichas que corresponden a niños hasta los 2 años. Para una mejor apreciación veamos estas cifras puestas frente a las halladas, por nosotros, en 1946 1947 y las registradas por el Prof. Krundieck.

Indice de desnutrición

Edad	Ancón 1946/47	Ancón 1950	Hosp. del N.
1 mes a 1 año	54,7%	33%	88%
1 a 2 años	77,0%	39%	94%

Veamos de manera discriminativa las cifras dadas por los 139 niños de 1 a 24 meses:

Normales	93	66,9 %
Sub normales	24	17,26%
Con 25% menos	19	13,66%
Con 40% menos	3	2,16%

En el primer cuadro se ve de una manera elocuente que el índice de desnutrición ha disminuído considerablemente. La única causa que motiva este mejoramiento es el estrecho control preventivo que se hace de la mayoría de los niños, lo que es aún más demostrativo cuando se estudia cada ficha, ya que estas cifras incluyen a los niños que acuden esporádicamente y son éllos los que ofrecen pesos más bajos.

Una vez más estos guarismos nos indican fehacientemente que el programa de defensa del niño debe ser fundamentalmente preventivo, ya que si tenemos en cuenta que el niño desnutrido es el primero que cae frente a la noxa, la única manera de defenderlo será multiplicando los servicios de esta índole de manera seria y en forma tal, que repartidos en la población, tengan bajo su jurisdicción zonas precisas donde ejerzan su influencia de manera dirigida, es decir en forma tal que la familia de cada sector sienta la obligación de inscribir a su hijo en el preventorio o Centro al igual que lo inscribe en el Registro Civil. Por otra parte estos servicios deben sentir la obligación de llevar una estadística minuciosa la que, a manera de examen de conciencia, señalará el éxito ó el fracaso de su programa, a la par que precisará las fallas e inducirá a su corrección.

Es necesario que, de una vez por todas, digamos con claridad que las medidas parciales, como la erección de hospitales al azar, el establecimiento de "gotas de leche" de manera indiscriminada o de servicios similares que no se encuentren enmarcados dentro de un programa definido y bien controlado, no puede brindar el resultado apetecido, lográndose tan solo desperdigar las fuerzas.

En resúmen el programa de defensa debe ser integral y ubicativo, es decir, abarcar la prevención, la educación y la asistencia, labor que debe ser conducida conociéndose a quien beneficia y sabiéndose, mediante la estadística, como se invierte el capital de trabajo y cual es su rendimiento. La población grande se puede sub-dividir estableciéndose zonas jurisdiccionales y las pequeñas contar con su organismo único.

Similar al organismo, por nosotros establecido en Ancón, funcionan a manera experimental, Centros de Salud en Birminham, gracias a un sistema de repartición jurisdiccional de 20,000 habitantes por Centro. Desgraciadamente no ha llegado a nuestro poder todavía el resultado de esta experiencia, pero podemos descontar su éxito, ya que si nosotros lo hemos obtenido trabajando con una economía estrecha y sin la ayuda de un servicio social adhoc, allá, contando con una asignación de 30,000 libras esterlinas y con servicios completos, es de esperarse que los resultados hayan premiado ampliamente ese esuferzo.

NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

He presentado la evolución que ha experimentado la población de Ancón en cuanto se refiere a la defensa de la madre y del niño. Hemos apreciado cómo las medidas preventivas nos han brindado una mayor igidez. La consecuencia lógica es que todo esto debe traducirse en una

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

disminución de la mortalidad infantil y, por ende, en un mayor crecimiento vegetativo. Veamos el cuadro de natalidad y mortalidad infantil que engloba los años transcurridos de 1935 a 1950.

Año		Nacimientos Hom.	Muj.	Total	Defunciones 0 a 1 año	Indice p. mil
	1935	21	17	38	11	289
octenio	1936	22	16	38	7	184
35-42	1937	13	19	32	6	187
	1938	28	16	44	12	272
Ind. mort.	1939	16	16	32	5	156
222,5	1940	27	11	38	4	184
	1941	15	25	40	12	300
	1942	10	14	24	5	208
	1943	14	18	32	2	62
octenio	1944	21	18	39	4	102
43-50	1945	25	12	37	5	135
	1946	29	24	53	3	56
Ind. mort.	1947	29	22	51	3	58
96,8	1948	33	41	74	9	121
	1949	37	40	77	11	143
	1950	37	44	81	8	98
	Total	337	353	730	107	
1er. semestre.	1951	20	22	42	3	71

Este cuadro nos permite apreciar:

1º.— Que durante el octenio de 1935 a 1942 la mortalidad infantil alcanza el gigantezco promedio de 222,5 por mil, o sea que de cada 1,000 niños nacidos morían 222,5.- Es a partir de este año de 1942 que se inicia la campaña preventiva, la que toma forma en 1946 y se amplía a partir de 1950 y esto nos permite verificar:

2º.— Que en el octenio 1943 a 1950 el índice de mortalidad infantil desciende a 96,8 por mil o sea a menos de la mitad. Esta cifra ha debido ser menor de no haber intervenido factores foráneos como:

a).— Inmigración de un núcleo de 40 familias indígenas procedente de Chacas (Huaraz) con un nivel cultural e higiénico inferior y que muy paulatinamente se va adaptando a las normas establecidas por nuestro servicio.

b).— A la desorganización que sufrió el Centro en 1948 y 49, por causas que no es preciso mencionar, lo que automáticamente determinó una elevación de la mortalidad infantil de 56 y 58 por mil que se registró en 1946 y 1947 como respuesta a la vitalización del servicio preventivo, a 122 y 143 por mil. Restablecido el trabajo regular en 1950 el guarismo desciende a 98 por mil y en 1951 durante el primer semestre solo alcanza a 78 por mil, cifra que lógicamente caerá hasta el nivel de 1947 y 48 dado que la mortalidad infantil es mayor en el primer semestre del año y la natalidad revela una tendencia a aumentar en el segundo semestre, como se puede verificar en el siguiente cuadro:

NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL POR SEMESTRES
1935 - 1950

Año	Natalidad 1er. sem	2do. sem.	Mortalidad 1er. sem.	2do. sem.
1935	19	19	7	4
1936	16	22	7	—
1937	18	14	1	5
1938	17	27	7	5
1939	15	17	2	3
1940	17	21	5	2
1941	17	23	8	4
1942	10	14	2	3
1943	15	9	1	1
1944	13	26	3	1
1945	13	24	3	2
1946	21	32	1	2
1947	25	26	2	1
1948	32	42	6	3
1949	35	42	10	1
1950	36	22	6	2
Total:	320	380	71	39

Principal causa de muerte en el lactante

El cuadro anterior nos sirve para demostrar que estamos acertados al esperar que la cifra de mortalidad infantil descienda hasta un 50 o 60 por mil y por otra parte para verificar, lo que ya está demostrado, es decir, que los niños lactantes son segados en un mayor porcentaje durante los meses calurosos del verano, debido a que la mayor temperatura ambiental propicia la deshidratación y los procesos de tipo intestinal, que en última instancia los conduce, sobre todo a los mal alimentados, a la Toxicosis, proceso responsable de una gran parte del porcentaje anotado, lo que se verifica en el estudio estadístico realizado de 1935 a 1947, en el que se aprecia que de 61 niños lactantes fallecidos 22 registran como causa de muerte el proceso referido, alcanzando, pues, un 36%.

Frente a esta realidad, cabía atacar por este lado con sencillo raciocinio: si una de las principales causas de Toxicosis constituye la "alimentación defectuosa y carencial", lo lógico es prevenir este estado y, por otra parte, si el pronóstico es tan serio y su tratamiento requiere de aislamiento y terapia meticulosa, la *única manera de salvar, por la menos en parte, a los niños caídos en este proceso, es procurarles alojamiento* y terapia adecuadas, para lo que hemos organizado un servicio especial, dado que la incapacidad de alojamiento en el único Hospital del Niño que hay en Lima es manifiesta. Este servicio cuenta, tan solo, con seis meses de trabajo y esperamos que la cifra anotada sufra un descenso apreciable.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto, podemos reafirmarnos en que la protección del niño es un problema complejo, que debe abordarse en forma amplia, ya que el niño constituye el principio y fin de la unidad social que conforma la familia y, en consecuencia, la nacionalidad. Es una parte fundamental, dentro del plan de salud general, por lo tanto, al abordar el Estado un programa de salubridad, tiene que considerar de manera preferente la protección del niño, no como un ente aislado, sino como piedra angular y básica. Defender al niño, es dar simiente sólida y perdurable a la nacionalidad. De nada sirve la elucubración de programas aislados de trabajo. El niño es base, el adulto la parte media y el anciano

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la cúspide de la pirámide; si la base no descansa sobre simiente sólida y, por el contrario, está corroída, la pirámide íntegra está en peligro de claudicar. Si fortificamos la parte media o el vértice, trabajamos en terreno delesnable, pero si empezamos fortificando la base, esta pirámide se renovará paulatinamente hasta lograr una estructura sólida y firme.

Por otra parte, la protección del niño no puede significar la mera creación de hospitales o servicios asistenciales, ésto constituye, dentro de un programa de salud, una parte y tal vez la menos importante, vista con los ojos de la medicina sanitaria. El programa debe ser polifacético, con predominio preventivo y educativo, e integral en el sentido de protegerlo, no solo contra las agresiones de tipo somático, sino también— y con igual importancia— tener en cuenta que hay que proteger la mente del niño.

Enunciemos, pues, a grandes rasgos, las facetas de este problema:

1º.— **Factores económico sociales** dirigidos a fortalecer a la familia: base económica suficiente para la sustentación del niño, habitación, vestido y alimento. Campaña educativa orientada a la debida aplicación de los *ingresos y su distribución.*

2:.— Factores de responsabilidad moral. *Campaña dirigida* a la educación de los padres y futuros padres, tendiendo a fortalecer el sentimiento de responsabilidad frente a la prole, no solo desde el punto de vista de la satisfacción de las necesidades materiales, sino también de la educación moral que se plasma a base del ejemplo en el hogar, protegiendo al niño de los traumas síquicos que lo conducen al estado de un desadaptado social o de enfermo mental.

3:— Factores de prevención sanitaria. Campaña orientada a proteger al niño de las inclemencias ambientales que lo llevan a la condición de enfermo. Protección que parte desde la defensa de la pareja (control pre-nupcial), protección de la madre gestante, protección de la madre y del niño en el momento del parto y protección del niño en sus distintas edades. Para esto es indispensable la creación de Centros de Salud jurisdiccionales en las grandes poblaciones y únicos en la pequeñas, donde se lleve el registro completo de las familias de las zonas correspondientes y donde se haga el control preventivo general y, dentro de éste, aún más estrecho, el de la madre y el niño.

4º.— **Factor asistencial** que asegure la recuperación del niño, para lo que es incuestionable la necesidad de contar con servicios eficientes y suficientes. Medicinas en cantidad y a precios equitativos, a fin de que nadie muera por falta de cama y medicamentos.

5º.— **Factor educacional.** Es necesario hacer conciencia, tanto en los elementos dirigentes como en el pueblo en general, de ampliar la campaña educacional, dando primacía a la enseñanza de la higiene y de las normas de bien vivir y del vivir mejor. Digamos de una vez que las simples charlas o conferencias academicas sólo pueden constituir una mínima parte del programa. Hay que educar a la familia en el hogar mediante un bien programado plan que salga de los Centros de Salud o de los Centros de Higiene, mediante educadores especializados. Los maestros deben constituirse en abanderados de esta campaña, tecnificándose en cursillos especiales y, en los programas oficiales de enseñanza, debe incluirse un plan práctico, capaz de ser captado por el niño, no como un curso memorístico, pronto a olvidarse con la nota aprobatoria, sino que debe poseer la ductilidad suficiente para que, siendo agradable, se incorpore como norma de vida en el lento transcurrir de sus cinco o diez años de estudio. Luego esta labor incansable, volverá a tomar al individuo en su hogar, en la fábrica en la oficina y, en general, en la colectividad en la que actúa.

Con esto quiero dejar simplemente esbozadas estas ideas ya que muy largo sería desarrollar el programa integral de trabajo de los Centros, lo que, por otra parte, ya ha sido expuesto, por el que habla, en diversas publicaciones.

De lo anotado en el presente trabajo se desprende las siguientes conclusiones.

PRIMERA.— La defensa de la madre y del niño debe tener un papel preponderante dentro del Plan de Sanidad Nacional.

SEGUNDA.— Al niño no se le defiende, sino en parte, mediante la creación de servicios puramente asistenciales.

TERCERA. — La defensa del niño alcanza a la familia, debe tener una orientación principalmente preventiva y abarcar tanto la esfera somática como la síquica, a la par que informativa de las normas higiénicas que contribuyan a su igidéz integral.

CUARTA. — Es indispensable propender a que se establezca un justo nivel entre el costo de la vida y la remuneración familiar, como piedra angular de toda campaña de medicina preventiva y con miras al mejoramiento de la habitación, vestido y alimentación.

QUINTA.— Deben multiplicarse los servicios de Medicina Preventiva que abarquen a la madre y al niño, con criterio ubicativo y jurisdiccional, es decir, que cada servicio tenga bajo su control a un núcleo de población específica.

SEXTA.— Es indispensable recomendar a todo organismo de control del niño, que posea un servicio social completo y una organización estadística veráz de tal manera que año tras año se de a conocer la evolución de su circunscripción, a la par que se anoten las fallas o puntos difíciles que sea indispensable atacar, conformando así un programa dinámico y evolutivo.

SETIMA.— El programa de enseñanza de la higiene debe ser circular, es decir, que tome al individuo en todas las fases de su vida. Debe recomendarse la capacitación de los maestros y su inclusión en esta campaña.

SETIMO.— Frente al ejemplo que constituye la labor del Centro Municipal de Salud de Ancón, debe recomendarse la participación de los particulares y municipios locales para la sustentación de estos servicios. Esto conlleva una doble finalidad: aliviar al Estado de la carga económica que representa y hacer que el pueblo tenga cariño y sienta como propio el organismo que vela por la salud.

OCTAVO.— Este Congreso debe recomendar a los Poderes Públicos el estudio del sistema mediante el cual los alimentos básicos, los aditamentos vitamínicos y las medicinas indispensables adquieran un precio que sea accesible a la economía general y tenga preferente satisfacción la madre gestante, lactante y el niño.

Me parece que estas son las conclusiones generales que se desprende del presente trabajo y solicito que se tengan en cuenta a fin de que se discutan y consideren como recomendaciones.

Lima, Agosto de 1951

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Creo que la Sociedad Peruana de Pediatría además de los problemas de orden científico tiene la obligación de poner sobre el tapete de la discusión los problemas sociales que afligen a nuestra población infantil dice el Dr. Bazán

Hemos buscado al doctor Carlos Bazán presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría, porque consideramos que es esta la Institución médica más llamada a intervenir frente a las causas del malestar que sufre el niño peruano.

En el Hospital de San Bartolomé pudimos entrevistarlo, nos atendió con la gentileza que le es característica y entusiastamente accedió a responder nuestro interrogatorio que lo iniciamos con esta pregunta:

¿Cuál es doctor su impresión del momento que vive el niño peruano?

No obstante los progresos alcanzados en el campo de la medicina social, el apoyo de los Poderes Públicos a nuestros niños por intermedio de sus organismos de protección a la infancia el progreso de la técnica pediátrica y el crecido número de puericultores que se han sumado para servir la causa del niño; factores tales que incuestionablemente han contribuído a bajar los fuertes guarismos de nuestra mortalidad infantil; creo sinembargo que falta mucho por hacer para modificar la grave situación por la que atraviesa el niño en el Perú. En los últimos tiempos el costo de la vida ha subido en desproporción al incremento de los salarios y este desequilibrio económico que repercute fatalmente en la alimentación del niño agrava su situación ya que, una alimentación insuficiente es el denominador común de todo cuanto pone en peligro la vida del niño.

Qué factores cree Ud. que intervienen en la grave situación que vive el niño?

Además del factor principal que he señalado intervienen otros que están en espera de solución inmediata, como son: modificación del estado ambiental que rodea al niño principalmente de las poblaciones rurales alejadas de la capital, origen de grandes calamidades públicas y muy particularmente de las infantiles. Pero hay algo más: un fuerte porcentaje de nuestra población indígena es analfabeta y en esta población la puericultura es inconcebible, y en lo que se refiere a las clases sociales de nivel medio a la falta de cultura hay que agregar el abandono paternal que por desgracia se va haciendo más frecuente en nuestro medio y es uno de los factores que más agravan el problema social del niño.

¿Como se puede evitar progrese el ataque que sufre el niño en nuestro país?

Consiguiendo que los Podres Públicos lleven a cabo en forma integral todas las recomendaciones que han sido señaladas en nuestros congresos de Protección a la Infancia realizados en los años 1943 y 1951. Siendo de urgente vigencia el abaratamiento del costo de la vida, saneamiento ambiental, abolición del analfabetismo, difusión de la puericultura y dación de leyes drásticas para asegurar la responsabilidad paterna frente al abandono del niño menor.

¿Cree Ud. que basta buena voluntad y espíritu caritativo para modelar el alma del niño y comprender sus problemas?

Para modelar el alma del niño es preciso un hogar economicamente estabilizado que garantice en primer término la supervivencia del niño y en segundo lugar cultura y moralidad del nucleo familiar para su buena crianza y normal desenvolvimiento físico y espiritual. En la edad escolar el maestro juega un papel de la más grande importancia en el modelamiento espiritual del niño. Y en todo momento el Estado y la sociedad son responsables de todos los problemas que atañen a la vida, salud y peligro moral del niño.

¿No le parece urgente que la Sociedad Peruana de Pediatría enmendando o ampliando su orientación debe intervenir en beneficio del niño peruano?

Creo que la Sociedad Peruana de Padiatría además de los problemas de orden científico tiene la obligación de poner sobre el tapete de la discusión los problemas sociales que más afligen a nuestra población infantil y muy particularmente los de palpitante actualidad como por ejemplo el abandono de recién nacidos; la protección al niño lisiado; diversos aspectso de la rabia infantil; de la parálisis infantil y otros tantos que la prensa comenta con relativa frecuencia; todos estos puntos debieran discutirse tn el seno de nuestra Institución y estoy seguro que se

ESPASMO-SEDALGINA

¡¡¡ Calma todo dolor, cualquiera que sea su orígen !!!

CADA TABLETA CONTIENE:

Sedalgina.	0 gms. 50
Clorh. de papaverina.	0 gms. 01
Sulfato de atropina	0 gms. 00025
Fenilotilmalonilúrea...	0 gms. 02

Frascos de 10 Tabletas

SALMERSOL

Diurético mercurial con Teofilina

Ampollas de 2 c c.

AMINO-TENSIL

Antiespasmódico - Diurético - Hipotensor

Frascos de 20 Tabletas

LABORATORIOS MALDONADO, S. A.

DEPARTAMENTO MEDICO

Av. Colombia No. 395 Teléfs. Nos. 37544 - 37545

LIMA—PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

arribaría a conclusiones prácticas definidas. En este sentido voy a plantear estas sugerencias a la institución para su estudio y estoy seguro se aprobaría la discusión de tan interesantes cuestiones de bien público.

¿Creé Ud. en la Puericultura como poderoso factor de protección infantil?

Sí siempre que el niño disponga de una alimentación conveniente, viva rodeado de medios higiénicos apropiados y al amparo de las leyes de protección a la infancia.

¿No le parece que es urgente la intervención de la Sociedad de su presidencia, para tratar de modificar los factores q' concurren al abandono, delicuencia, tuberculización y mortalidad del niño?

Las sugerencias que se desprenden de éstas preguntas me parece que son inaplazables y estoy resuelto a incluirlo dentro del plan de acción de nuestra Sociedad; aun cuando estoy convencido que los factores que concurren al abandono, delincuencia tuberculización y mortalidad del niño son resortes exclusivos de una política sanitaria de gran envergadura en la que el factor económico es el fundamental para mejorar el standard de vida y el nivel cultural de nuestro pueblo.

¿No observa Ud. indiferencia por el niño, *fenómeno que no se presenta en los países cultos?*

Evidentemente la devoción por el niño no es un asunto puramente sentimental. Es fundamentalmente *cuestión* de cultura y de educación. Existen países en América en los cuales, familias acomodadas adoptan niños para prodigarle los más caros afectos.

Nuestra sociedad no siente el culto del niño, ¿qué opina Ud?

La respuesta anterior comprende igualmente a ésta pregunta.

¿Cuál es el plan de actividades no pediátricas de la Institución de su presidencia?

Exclusivamente pediátricas. En mayo del presente año llevaremos a cabo una Jornada pediátrica en Cajamarca sobre el problema de la leche, alimento fundamental e irremplazable del niño. Allí, en sesiones de mesa redonda, se planteará el problema para ser analizado en sus más diversos aspectos. Hemos invitado a tomar parte en la discusión a pediatras, ganaderos, industriales, veterinarios y técnicos en la industrialización de los productos derivados de la leche. Vamos a ver a que conclusiones arribamos; solo podemos adelantar, desde ahora, que nuestra intención es que el Estado pueda disponer de leche industrializada en tal proporción que le permita, gradualmente, la alimentación gratuita de todo lactante indigente del país.

Y en el próximo mes de julio llevaremos a cabo la Jornada pediátrica de Tacna con la participación de las Sociedades de Pediatría de Chile y Bolivia para discutir la coordinación de la asistencia materno infantil en las zonas limítrofes de los tres países circunvecinos.

¿No creé Ud. que es más trascendente la labor de las instituciones médicas que salen del "caso clínico" para abordar los grandes problemas nacionales con criterio científico?

En este punto estamos completamente de acuerdo.

Para terminar agradeceremos opine respecto a este concepto de Salomón Neuman: "los médicos son los abogados naturales de los pobres y la medicina es en cierto modo una actividad social".

Es una verdad que no admite discusión si se refiere a los verdaderos médicos, es decir a los que son médicos por devoción, los únicos que tienen sensibilidad para sentir emoción social; y en este sentido de pediatra es el obligado defensor del niño de no importa que esfera social.

Antes de dar fin a las preguntas que ha tenido Ud. la amabilidad de formularnos en la presente entrevista, quiero expresar a Ud. mi aplauso más sincero y sin reservas por la labor encomiable que realiza Medicina Social en favor del niño peruano, escrudiñando los problemas sociales que hacen más aflictiva la situación en que vive el niño de nuestras clases populares. Agradecimos y nos despedimos de nuestro entrevistado.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ANTENA MEDICA

Significativo homenaje estudiantil al Prof. Dr. Sergio Bernales

Las promociones de estudiantes de medicina de los años 1951, 1952 y 1954, han comunicado al Prof Dr. Sergio Bernales que su nombre será la nominación que lleven las agrupaciones médicas egresadas en los años citados.

Es conveniente destacar estas actitudes de los estudiantes de medicina porque ellas significan nobleza y justicia, sentimientos que en los médicos deben adquirir su mayor altura.

Nos alienta conocer generaciones médicas que se detienen a meditar sobre la obra de sus maestros, así como, también, de su actitud moral para expresarles su veredicto.

Esa conciencia estudiantil es útil y necesaria para el porvenir de la medicina patria, la hemos extrañado mucho, pero ahora se abre una esperanza que anhelamos adquiera vigor y logre imitadores.

Este homenaje sin precedentes que recibe el doctor Sergio Bernales, es la mayor recompensa que puede recibir un maestro que como él, es eficiente sincero y celoso cumplidor de su deber docente.

* * *

La Editorial "San Marcos"

Honda complacencia debe haber producido la noticia de la fundación de una Editorial perteneciente a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

La existencia de esa editorial era hondamente reclamada por la intelectualidad de Lima, que carecía de una entidad que hiciera posible el incremento de la publicidad de tantos trabajos que se pierden por falta de medios para publicarlos dado el alto costo de la impresión.

Hace cierto tiempo que observamos un estancamiento en la producción nacional, a diferencia de otros países, como Argentina, Uruguay, Brasil y Chile, dando la impresión de un pueblo en decadencia cultural.

Desde estas columnas hemos reclamado la publicación de la obra inédita del notable historiador médico, doctor Hermilio Valdizán, que pese a los 21 años de su muerte sigue esperando su impresión.

Valdizán sólo logró publicar el primer volumen del Diccionario de la Medicina Peruana, en el año 1934, la Asociación Médica Peruana Daniel A. Carrión con cooperación económica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, hizo posible la publicación del segundo volumen, que corresponde a las letras B y C, pero falta casi todo el Diccionario.

Con la creación de la Editorial "San Marcos", esperamos que sea realidad la publicación de la obra notable de Hermilio Valdizán.

HEPAX-12

INYECTABLE

CADA AMPOLLA DE 1 c c. CONTIENE:

Extracto hepático. ... ... 15 U.I.
Vitamina B-12 ... ... 30 micrg.

DOSIFICACION

Una ampolla diaria o interdiaria, por vía intramuscular, segun la severidad del proceso, durante la primera semana; distanciar luego la dosis de acuerdo con la mejoría clínica y hematológica.

LABORATORIOS CIPA S. A.

Avda. Venezuela 1654 :——— ———: LIMA – PERU

CONGRESO DE BIBLIOTECAS EN LONDRES

"Se abriga la intención de realizar un Congreso Internacional sobre bibliotecas médicas en Londres el mes de Julio del año 1953, Sir Cecil Wakeley, K. B. E., C. B., Presidente del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, ha consentido en aceptar el cargo honorario a la presidencia del Congreso. El programa incluirá sesiones formales para la lectura y discusión de trabajos, visitas a las bibliotecas médicas y reuniones sociales. Se espera también realizar conjuntamente con el Congreso una exposición de libros de medicina, publicaciones periodísticas y equipos de biblioteca. Todos los interesados activa o indirectamente en el cargo de biblioteca médica en el mundo entero, están invitados a practicar en él. Las solicitudes para informes más amplios pueden ser dirigidas directamente al Honorary Secretary, First International Congress en Medical Librarianship, c|o The London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London W. C. 1."

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Prevención de la Tuberculosis en los niños sin usar la BCG

En 1920 la tuberculosis constituía un problema grave en muchas partes de los Estados Unidos de América. En Minnesota, aproximadamente el 50 por ciento de los niños de edad escolar padecían de tuberculosis primaria, comprobada con la reacción a la tuberculina. La tuberculosis clínica extratorácica no era rara en los infantes y los niños. Numerosos adolescentes de ambos sexos murieron a causa de enfermedades pulmonares crónicas. La tuberculosis prevalecía en el ganado, y muchos niños la contraían por este medio.

Desde 1882 se han introducido numerosos métodos para inmunizar a los niños contra la tuberculosis, y entre ellos figura el de la BCG, aunque ninguno ha demostrado ser eficaz. Los veterinarios realizaron estudios minuciosos utilizando varios de los agentes inmunizantes, inclusive la vacuna BCG en el ganado, pero todos fueron descartados por falta de eficacia.

El método usado para combatir la tuberculosis en los niños consistió en tratarla como una enfermedad contagiosa. Se protegió a los niños contra el contagio aislándolos y tratando a los adultos afectados de tuberculosis declarada en hospitales y sanatorios. Se realizaron muchas pruebas con tuberculina, examinándose del modo más completo posible a las personas que reaccionaron, figurando en el examen la inspección torácica mediante películas radiográficas, especialmente en los adultos. Las pacientes sin signos clínicos en el momento del examen fueron reconociendo luego periódicamente. Los veterinarios llegaron prácticamente a eliminar la tuberculosis en los rebaños de ganado.

Este método de combatir la tuberculosis resultó en una rápida reducción de la morbilidad y mortalidad por dicha enfermedad, así como también del porcentaje de ataques de la infección. El porcentaje de morbilidad disminuyó de tal modo que los sanatorios que en 1920 tenían largas listas de pacientes en espera tenían a comienzos de 1940 a 300 a 600 vacantes y en 1950 algunas instituciones pequeñas cerraron sus puertas.

La frecuencia de la tuberculosis primaria (infección tuberculosa) en los niños de edad escolar en las ciudades más grandes disminuyó de 50 por ciento en 1920 a 8 por ciento en 1944, habiendo actualmente muchas aldeas y escuelas rurales en las que ningún niño reacciona a la tuberculina.

El autor no emplea ni recomienda el uso de la vacuna BCG porque: 1) los resultados obtenidos en todas partes con la BCG no se han aproximado a los obtenidos con los métodos básicos antes mencionados; 2) en lugares en que se ha agregado la BCG a los métodos fundamentales de la lucha antituberculosa, la mortalidad por esta enfermedad ha ido disminuyendo, aunque hay motivos para creer que esta disminución ha obedecido a los métodos básicos de combatirla y no a la BCG; 3) la vacuna BCG anula la prueba con la tuberculina, que es el mejor agente de diagnóstico de que se dispone; 4) no se ha demostrado la inocuidad de la BCG. Por añadidura, este agente puede ser manifiestamente nocivo, puesto que se sabe que puede matar a los animales silicosicos y a aquéllos que reciben alimentación deficiente; 5) los ataques de tuberculosis primaria o los tipos de reinfección tuberculosa con bacilos tuberculosos virulentos, no resultan en inmunidad segura. Por lo tanto, las tentativas para lograr la inmunidad produciendo lesiones con la BCG, no tienen un fundamento científico sólido.

(J. A. Myers, de la Universidad de Minnesota, Facultad de Medicina, Minneapolis, Minn.: **Pediatrics**, 7:793-805 (Junio, 1951).

MEDICACION ANTIESPASMODICA

PROFENIL

(BIS — GAMA — FENIL — PROPILETILAMINA)

PRODUCTO DE LA SPECIFIC PHARMACEUTICALS INC.
NEW YORK

INDICACIONES: Condiciones espasmódicas del tracto gastro-intestinal. Dismenorreas esenciales. Hiperemesis gravídicas. Mareos. Espasmos génito-urinarios. Espasmos circulatorios.

ACCION ESPASMOLITICA intensa, rápida, uniforme.

AMPLIO MARGEN TERAPEUTICO

AUSENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS no produce hábito ni acción secundaria.

NO ES ESTUPEFACIENTE.

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

CAJA DE 5 AMPOLLAS x 1 cc.

DISTRIBUIDORES: LABORATORIOS LIFE

AVENIDA WILSON 1550
APARTADO 3118

TELEFONO 36922
LIMA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LITERATURA MEDICA

Desgloce de "América Indígena".—Vol. XI. Nº 4.— México, D.F. Oct.— 1951.

Informe de la comisión de estudio de las Hojas de Coca.—CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS.— Duodécimo período de Sesiones.— SUPLEMENTO ESPECIAL Nº 1.— Lake Success, NUEVA YORK.— 1950.

El Informe, tan rico en observaciones y sugerencias, es de indiscutido valor documental para la investigación y solución del COCAISMO. En sus páginas —exoneradas de literatura— se encuentran referencias, puntos de vista y estimativas singulares, que los estudiosos no deben soslayar ni disminuirlas en su valor discriminativo y de enfoque sumario. Sopesará, indiscutiblemente, en 1952, cuando la Comisión de Estupefacientes de la ONU vuelva a abocarse a la investigación de los efectos del uso de la coca, por haberlo acordado así en diciembre de 1950. No valorar en este sentido tal documento significaría desconocer la capacidad de los miembros de la Comisión ad-hoc: negar sus observaciones objetivas, y aun los estudios realizados a través de lo que tanto se ha escrito, en pro y en contra de "la hoja maravillosa". Significaría asimismo desconocer o subestimar las investigaciones sorprendentes realizadas por el Instituto de Farmacología y Terapéutica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pues, el Informe se respalda en ellas y en la obra científica del sabio peruano doctor Carlos Gutiérrez Noriega —muerto en Pisa en 1950— y de sus discípulos. Con esto no quiere reputarse el documento de la Comisión como un trabajo científico, ni aceptarse como la última palabra. Al contrario, pensamos que a base de este aporte debe continuarse, como se tiene acordado, el estudio, la investigación amplia de la coca, desde todos los ángulos, ya que el coqueo se halla relacionado con factores de muy diverso orden: sociales, económicos, biopsicológicos, culturales, geográficos, de alimentación, de trabajo, etc.

De las Conclusiones y Recomendaciones, de la Comisión, entresacamos algunos puntos de vista, dignos de señalase:

1º—La masticación de la hoja de coca no puede considerarse como un fenómeno aislado, sino como una consecuencia de las condiciones económicas y sociales en que viven grandes sectores de las poblaciones del Perú y de Bolivia.

2º—La hoja de coca contiene cocaína.

3º—Actualmente parece que no puede considerarse la masticación de la hoja de coca como una forma de toxicomanía, en el sentido médico de la palabra.

4º—La masticación de la hoja de coca no constituye una toxicomanía, sino un hábito. Sin embargo, en ciertos individuos puede llegar a constituir una toxicomanía, pero en general puede ser abandonado, como los demás hábitos.

5º—El uso de la coca inhibe la sensación de hambre y, por consiguiente, mantiene un círculo vicioso de estado constante de desnutrición. Disminuye el rendimiento económico del trabajo.

6º—En ningún caso puede considerarse la masticación de la coca como substituto de una alimentación adecuada.

7º—La Comisión sólo prevé una supresión gradual del hábito...

9º—La política de limitación y de reglamentación de la distribución de la hoja de coca debe aplicarse simultáneamente en el Perú y en Bolivia.

10º—La limitación de la producción de la hoja de coca destinada a la masticación debe realizarse en forma gradual hasta lograr la supresión total en un plazo de 15 años, o en cualquier otro más corto que consideren factible los Gobiernos interesados.

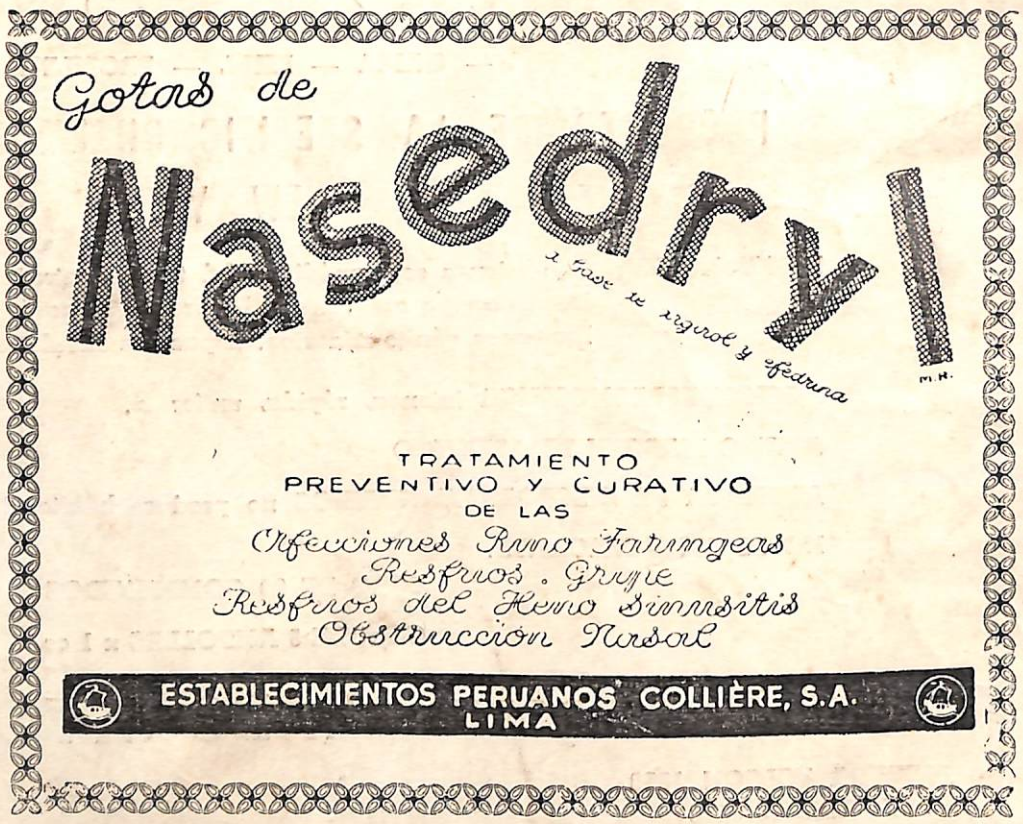
11º—Los Gobiernos interesados deben favorecer, en la medida de lo posible, la sustitución del cultivo de la coca. Podrían establecer un sistema preferencial de asistencia agrícola, económica y técnica en provecho de todo productor de coca que quiera dedicarse a otro cultivo.

12º—De manera adecuada y mediante una legislación establecida con tal fin, debe darse a conocer en todos los centros de enseñanza o lugares de trabajo, los efectos perjudiciales de la masticación de la hoja de coca.

13º—El éxito completo que en cualquier país tenga una política de supresión gradual del hábito de masticar hoja de coca, así como la correspondiente limitación de su producción y la reglamentación de su distribución, dependerá en gran parte de que se siga y aplique una política idéntica en los demás países en que exista el mencionado hábito.

La Comisión de Narcóticos y Estupefacientes de la ONU considerará nuevamente el problema de la coca. Así lo acordó en su reunión de diciembre de 1950. El Informe que comentamos no se aprobó. Ha sido referido a sus autores, a fin de que después de un estudio complementario o de revisión, se formulen consultas a los Gobiernos interesados, requiriéndoles su opinión. Es decir, se afrontará la investigación de la coca lo más exhaustivamente posible tanto en Perú como en Bolivia. Tal acuerdo no anula sin embargo, el Informe. Pensamos que los nuevos aportes que se produzcan lo ratificarán.

C. A. Espinoza Bravo



COMPAÑIA DE IMPRESIONES Y PUBLICIDAD.—Azángaro 1005.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera